

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

IMPACT MÉDICAL ET SOCIAL DE LA
CONSULTATION EN MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE CHEZ LES MÈRES :
UNE QUESTION DE PARADIGME

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
ANNE TAILLEFER

MARS 2009

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce mémoire aurait difficilement vu le jour sans le précieux soutien de certaines personnes. D'abord je tiens à remercier monsieur Marcel Rafie, directeur du département à mon arrivée, pour ses encouragements sincères. Ensuite, je veux remercier cordialement ma directrice, madame Catherine des Rivières-Pigeon qui a d'abord accepté de travailler avec moi, malgré le sujet peu commun que j'abordais et qui, avec sa patience et sa rigueur, a su me diriger à travers mes nombreux détours. Je désire aussi remercier les homéopathes qui ont accepté de collaborer et les mères qui ont généreusement livré leurs témoignages. Je remercie également ma famille et mes amis pour leurs encouragements mais surtout Denis Fournier, pour son précieux support tout au long de ce voyage...

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SCHÉMAS	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION : DEUX RÉALITÉS, DEUX PRATIQUES	1
I. LA MÉDECINE CONVENTIONNELLE (MC) ET LA MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE (MNC)	1
II. DE BONNES INTENTIONS ENVERS LES MNC : LES TENTATIVES DES DIFFÉRENTS GOUVERNEMENTS	5
III. LES RAISONS DE S'INTÉRESSER AUX MNC	6
IV. UN INTÉRÊT POUR LA SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ	10
V. L'APPORT DU MOUVEMENT FÉMINISTE	11
VI. LES LIMITES DES RECHERCHES SUR LE SUJET DES MNC	12
VII. CHOISIR DE PARLER DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE	13
VIII. L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE ET LA STRUCTURE DU MÉMOIRE	15
AVERTISSEMENT: UNE PRATICIENNE COMME CHERCHEURE, BIAIS OU APPORT ?	17
 CHAPITRE 1	
PROBLÉMATIQUE GLOBALE : CONTEXTE ET CONTROVERSE	20
1.1 LE CLASSEMENT DES MÉDECINES ALTERNATIVES ET COMPLÉMENTAIRES (MAC) ET DES MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES (MNC)	22
1.1.1 <i>À propos de la terminologie</i>	24
1.2 QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES SUR LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE	30
1.2.1 <i>Au Canada</i>	37
1.2.2 <i>Au Québec</i>	38
1.3 LA SITUATION SOCIOPOLITIQUE DE LA PRATIQUE DES HOMÉOPATHES DANS LE MONDE	40
1.3.1 <i>La situation de la médecine homéopathique et des homéopathes aujourd'hui</i>	40
1.3.1.1 <i>Au Canada</i>	44
1.3.1.2 <i>Au Québec</i>	46
1.4 LES PROBLÈMES DE LA RECHERCHE EN MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE	49
1.4.1 <i>La situation de la recherche sur les MNC au Canada et au Québec</i>	53
1.4.2 <i>La recherche sociologique sur la médecine homéopathique</i>	56
1.4.3 <i>La recherche en homéopathie avec une définition élargie de l'efficacité</i>	58
1.4.4 <i>Les obstacles rencontrés pour la recherche en médecine homéopathique</i>	63

CHAPITRE 2

PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUE..... 66

2.1 LE RECOURS À LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE	66
2.1.1 <i>Les besoins de santé non répondus et le recours aux MNC</i>	66
2.1.2 <i>Le recours aux praticiens de la médecine homéopathique</i>	69
2.1.2.1 <i>Au Canada et au Québec</i>	70
2.1.3 <i>Le profil des utilisateurs</i>	72
2.1.4 <i>Les raisons de consulter en médecine homéopathique</i>	78
2.1.4.1 <i>Les raisons de consulter la première fois un ou une homéopathe</i>	78
2.1.4.2 <i>Les raisons de santé qui amènent à consulter un homéopathe</i>	82
2.1.4.3 <i>Les raisons de continuer à consulter un homéopathe par la suite</i>	83
2.1.5 <i>Les attentes face à la consultation homéopathique et les effets perçus</i>	84
2.2 LA QUESTION DE RECHERCHE	87
2.2.1 <i>Pourquoi choisir des mères</i>	91
2.2.2 <i>La question de recherche et les objectifs poursuivis</i>	93

CHAPITRE 3

CADRE THÉORIQUE 97

3.1 NOTIONS, DÉFINITIONS ET PARADIGMES	97
3.1.1 <i>La santé et la maladie : deux paradigmes s'opposent</i>	97
3.1.1.1 <i>La santé, la maladie selon le paradigme de la médecine conventionnelle (MC)</i>	99
3.1.1.2 <i>La santé, la maladie selon le paradigme de la médecine homéopathique</i>	100
3.1.2 <i>La consultation homéopathique</i>	104
3.1.2.1 <i>L'observation : un regard singulier</i>	106
3.1.2.2 <i>La notion d'expérience individuelle de la maladie : un savoir profane subjectif</i>	107
3.1.2.3 <i>La relation thérapeutique</i>	110
3.1.2.3.1 <i>Une relation égalitaire</i>	112
3.1.2.3.2 <i>Le rôle du remède dans la relation thérapeutique</i>	113
3.2 LE CONSTRUCTIVISME SOCIAL FÉMINISTE ET LA VOIX DES FEMMES SUR LA SANTÉ	116
3.2.1 <i>La médicalisation du corps des femmes</i>	118
3.2.2 <i>Le constructivisme social féministe</i>	119
3.2.3 <i>La parole des femmes</i>	121
3.3 DE L'EMPOWERMENT À LA CAPACITÉ D'AGIR SUR SA SANTÉ	124
3.3.1 <i>Le sens de la cohérence comme outil d'empowerment</i>	128

3.3.2 <i>Savoir expert, savoir profane</i>	130
--	-----

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE	135
---------------------------	------------

4.1 MÉTHODE QUALITATIVE.....	136
4.2 UNE RECHERCHE QUALITATIVE PAR ANALYSE THÉMATIQUE.....	138
4.3 LES ENTREVUES	140
4.3.1 <i>Laisser la place au discours des mères</i>	141
4.3.2 <i>La grille d'entrevue</i>	142
4.4 L'UNIVERS D'ANALYSE	142
4.4.1 <i>Le segment d'analyse et caractéristiques sociodémographiques des mères</i>	144
4.4.2 <i>La validité de la recherche</i>	148

CHAPITRE 5

RÉSULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION	150
---	------------

5.1 DESCRIPTION DU PARCOURS DES MÈRES VERS LA CONSULTATION HOMÉOPATHIQUE	152
5.1.1 <i>Les raisons de consulter en médecine homéopathique la première fois</i>	152
5.1.2 <i>Les obstacles sur le parcours vers la consultation en homéopathie</i>	168
5.1.3 <i>L'énumération des problèmes de santé pour lesquels les mères consultent</i>	171
5.1.4 <i>Raisons de continuer à consulter un homéopathe</i>	172
5.2 IMPACTS PERÇUS DE L'EXPÉRIENCE DE LA CONSULTATION HOMÉOPATHIQUE	179
5.2.1 <i>L'expérience de la consultation homéopathique</i>	179
5.2.2 <i>La singularité du déroulement de la consultation homéopathique</i>	180
5.2.3 <i>L'impact médical à long terme - l'impact de la thérapeutique</i>	183
5.2.3.1 Impact par l'amélioration de l'état de santé.....	185
5.2.3.2 Impact sur des changements dans la consommation de soins.....	186
5.2.3.3 Impact par des résultats à long terme sur la santé.....	189
5.2.4 <i>L'impact social</i>	190
5.2.4.1 Impact sur des changements de comportement	190
5.2.4.2 Impact sur le couple et le support de la famille	194
5.2.4.3 Impact sur l' <i>empowerment</i> et la capacité d'agir	195
5.3 LES LIMITES DE LA CONSULTATION HOMÉOPATHIQUE.....	207
5.4 UNE CONTRIBUTION POSSIBLE DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE AU SYSTÈME DE SANTÉ ?	211

5.5 DISCUSSION	216
5.5.1 <i>La médecine homéopathique en dehors de l'amalgame avec d'autres thérapies</i>	216
5.5.2 <i>Étude simultanée sur l'impact médical et sur l'impact social</i>	218
5.5.3 <i>Mise en commun de deux savoirs : constructivisme et empowerment</i>	219
5.5.4 <i>Transformation de la notion d' « expert en santé »</i>	220
CONCLUSION	223
LES LIMITES DE CETTE RECHERCHE	228
LES RETOMBÉES POSSIBLES DE CETTE RECHERCHE ET QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION	229
ANNEXE A - INFORMATION COMPLÉMENTAIRE SUR LA SITUATION SOCIOPOLITIQUE DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE ET DES HOMÉOPATHES	232
A.1 LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LE MONDE	232
A.2 LA SITUATION DE LA PROFESSIONNALISATION DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE	235
A.2.1 <i>Au Québec</i>	239
A.3 LES OBSTACLES RENCONTRÉS POUR LA RECHERCHE EN MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE	241
A.3.1 <i>L'Evidence-based medicine (EBM) et les limites des essais contrôlés randomisés (ECR)</i>	241
A.3.2 <i>Le problème de la publication et le problème de financement</i>	246
A.3.3 <i>La situation de l'enseignement de la médecine homéopathique</i>	250
ANNEXE B - GRILLE D'ENTREVUE	253
ANNEXE C - FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	255
BIBLIOGRAPHIE	258

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma	Page
1	Différencier Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC) et Médecines Non Conventionnelles (MNC).....28
2	Description du parcours des mères à travers la consultation en médecine conventionnelle (MC).....176
3	Description du parcours des mères vers la consultation homéopathique178
4	Trajectoire des mères : de la consultation en MC à la consultation homéopathique206

RÉSUMÉ

La médecine homéopathique fait partie de ce que certains auteurs nomment maintenant « les systèmes complexes » propres aux médecines non conventionnelles (MNC). Ces médecines ne s'inscrivent pas de la même manière que les médecines alternatives et complémentaires (MAC) dans la réalité médicale ou sociale. Certaines recherches sociologiques ont été faites à propos des MNC ou des MAC, toutes thérapies confondues, mais très peu exclusivement sur la médecine homéopathique. L'homéopathie est à la fois, la plus controversée des MNC et la plus utilisée dans le monde. Comme dans la plupart des sociétés occidentales, le recours à la consultation en médecine homéopathique est en croissance constante, mais n'a pas chez nous de légitimité juridique.

Dans ce contexte social, comment les gens arrivent-ils à consulter un homéopathe et pour quelles raisons ? Pourquoi adoptent-ils par la suite, cette pratique de santé ? Quel en est l'impact médical et social sur leur santé à long terme et dans leur vie ?

Pour répondre à ces questions il est nécessaire de considérer d'abord le paradigme holiste selon lequel la médecine homéopathique aborde la santé, la maladie et les soins de santé. Ensuite, il convient de tenir compte de la façon dont l'homéopathe s'adresse à la personne qui consulte en l'envisageant comme un sujet actif, savant et compétant.

Cette recherche, prenant la perspective du constructivisme social féministe et se servant de l'analyse thématique descriptive, présente le résultat de l'étude d'entrevues menées auprès de mères québécoises qui ont consulté un ou une homéopathe pour elles-mêmes et leurs enfants. En redonnant la place à leur discours et à leur expertise, ces femmes nous révèlent la complexe démarche qui les a conduites à la consultation en médecine homéopathique, les transformations qui s'y sont opérées à travers un *empowerment* et leur perception sur l'efficacité sans équivoque de cette médecine face à leurs divers problèmes de santé.

Cette étude dévoile ainsi la singularité de la consultation homéopathique comme espace social unique, laquelle autorise un partage des savoirs, un apprentissage incomparable sur le couple santé-maladie et pourrait représenter une solution à long terme pour les besoins de santé d'une population.

Mots clefs : Santé, Médecine homéopathique, Efficacité, Sociologie, Pratique de santé, Mères, Constructivisme social féministe, Consultation médicale.

INTRODUCTION :

DEUX RÉALITÉS, DEUX PRATIQUES

I. LA MÉDECINE CONVENTIONNELLE (MC) ET LA MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE (MNC)

L'objectif de ce mémoire est d'explorer les raisons qui amènent un pourcentage toujours grandissant de la population à consulter en médecine homéopathique, de comprendre la trajectoire de ces personnes et d'étudier les impacts qu'elles perçoivent, à long terme, de cette expérience sur leur santé et dans leur vie. L'homéopathie est une des médecines les plus controversées dans les pays industrialisés. Elle n'est que rarement reconnue par les systèmes de santé officiels, mais elle demeure néanmoins l'une des médecines les plus populaires dans le monde. Pour comprendre ce paradoxe, ce sujet nécessite une mise en contexte élaborée. Nous allons donc explorer, dans ce mémoire, les nombreux aspects de cette réalité qui jouent un rôle dans ces décisions majeures que prennent les gens face à leur santé.

Notre attitude face à la maladie ou à la souffrance varie remarquablement selon notre perception du monde, nos valeurs, nos modèles et la confiance que nous pouvons avoir dans l'aide que nous demandons. Nos décisions vis-à-vis de la santé, la prévention et le traitement des maladies restent essentiellement un processus social (Jonas, 2000). Ainsi, la manière dont nous donnons un sens à notre vie, la façon dont nous recouvrons la santé et ce qu'est ce statut de santé est reflété dans les pratiques sociales que nous adoptons. La médecine, telle que nous la connaissons dans notre culture québécoise, est présumée une activité sociale susceptible d'être comprise autant par le paradigme des sciences de la nature que par celui des sciences sociales, l'un se concentrant sur les lois externes de l'univers, l'autre, sur nos compréhensions internes et leur cohérence à travers les façons dont nous vivons notre vie (Aldridge, 2007). Toutefois, il faut reconnaître aussi que les « connaissances médicales sont très

largement conjoncturelles, hypothétiques, socialement et culturellement déterminées » (Contandriopoulos, 1994, p.22). Comme le souligne Lock (1988), le système de santé moderne est un produit spécifique de la société industrielle, tout comme l'est le savoir médical construit sur une vision mécaniste du corps et le modèle biomédical nosologique, souvent l'unique source de savoir et de pouvoir.

La médecine conventionnelle – MC (allopathie, orthodoxe ou biomédecine) est une puissante institution. Avec l'aide de drogues hautement développées et les techniques chirurgicales, elle tente de soulager la souffrance, d'améliorer la qualité et l'espérance de vie. Effectivement, aujourd'hui, nul ne peut contester la présence d'un monopole de cette MC sur la santé, et qui dit monopole, dit également absence de diversité, entre autres dans les pratiques de santé et dans la possibilité de faire des choix pour la population, et cela malgré notre Charte des droits et libertés du Québec qui accorde à chaque québécois et québécoise¹ le droit à la thérapeutique de son choix (Larocque, 1998). La santé, chez nous comme dans la majorité des pays occidentaux, est donc synonyme de biotechnique ou de pharmacologie (Collin, 2007; Collin *et al.*, 2006) et est gérée par la profession biomédicale : parler du système de santé signifie parler essentiellement des infirmières, des médecins et des gestionnaires. Aussi, plusieurs auteurs soutiennent que l'information véhiculée par la MC, lui permet de garder son statut et de contrôler la population en nourrissant plutôt une culture du risque et de la peur appuyée par les dangers chiffrés par exemple sur le cancer, le cholestérol ou les épidémies à venir (Blais, 2006; de Lorgeril, 2007; Ménoret, 2007, 2007b).

¹ Nous tenterons de féminiser le plus possible notre texte. Mais veuillez noter que c'est avec regrets que nous emploierons parfois le masculin incluant le féminin, et cela n'aura pour but que d'alléger ce français qui n'a pas encore trouvé de façon adéquate d'écrire le féminin dans toute sa spécificité.

Paradoxalement, plusieurs auteurs dénoncent le fait que la MC ne remplit pas toutes les demandes en santé, qu'elle est coûteuse pour les gouvernements, les compagnies d'assurances et les individus qui doivent payer et qu'elle paraît parfois insensible aux besoins de ceux et celles à qui elle fournit des soins (Gabe *et al.*, 2006). Ceci pourrait expliquer le fait que, malgré ce monopole de la MC en tant que seul fournisseur public de soins de santé, la popularité des médecines non conventionnelles (MNC) ne cesse de croître depuis les années soixante-dix (Cant et Sharma, 1996, 1999; Eisenberg, 1998; Esmail, 2007; Frank, 2002; Health Canada, 2001; Kelner *et al.*, 2003; Millar, 2001; Ramsay *et al.*, 1999; Saks, 2006; Smallwood, 2005). D'ailleurs, même l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) soutient que chaque système de soins, qu'il s'agisse de médecine conventionnelle (MC) ou de médecine non conventionnelle (MNC), présente des avantages et des désavantages et que les patients doivent pouvoir obtenir les bénéfices de chacun gratuitement (Zhang, 2000). Les causes de cette croissance du recours aux MNC peuvent être interprétées à travers le contexte plus large des développements culturels et des changements d'attitudes face à la santé et à l'approvisionnement des soins de santé. Plusieurs auteurs (Bakx, 1991; Easthope, 1993) soutiennent que cette augmentation du recours aux MNC dans les pays occidentaux reflète l'émergence de valeurs postmodernes, ainsi qu'une insatisfaction envers la MC et une plus grande attention sur la responsabilité individuelle et le consumérisme (Siahpush, 1999). Mais tandis que les pays occidentaux sont aux prises avec des questionnements sur l'origine de ce phénomène ou sur l'intégration de ces pratiques de santé dans les services de soins de santé, plusieurs pays en voie de développement, comme la Malaisie ou la Corée du sud, se sont depuis longtemps adressés à cette question et ont déjà établi des politiques viables pour l'intégration de ces pratiques de santé. Leur expérience peut représenter une source précieuse de données (Bodeker, 2001).

Aujourd'hui, bon nombre de chercheurs dans le domaine s'entendent pour dire que les MNC font partie de façon significative du paysage des soins de santé et exigent

une attention sérieuse (Adams, *et al.*, 2004; Kelner et Wellman, 2003). Chez nos voisins américains, les visites chez ces praticiens dépassent aujourd'hui la totalité des visites chez les praticiens conventionnels (Eisenberg *et al.*, 1998). L'intérêt pour les MNC ne peut donc plus être présenté comme une mode ou un engouement culturel. Les changements dans la façon de nommer ces médecines (de « non scientifiques » et « marginales » à « complémentaires » et « intégrées ») semblent également indiquer une transformation plus substantive du discours et de la pratique de la communauté et des professionnels de la santé.

Aussi, les MNC, bien que surtout pratiquées en dehors des systèmes de santé publics dans la majorité des pays, ont commencé à faire sentir leur présence dans des contextes plus conventionnels comme dans la pratique générale, les soins infirmiers, le milieu des sages-femmes et même dans certains « conclaves » traditionnellement conservateurs comme des équipes multidisciplinaires spécialisées à l'hôpital (Burns *et al.*, 2000; Bretscher *et al.*, 1999; Samano, 2005; Shuval *et al.*, 2002), notamment en médecine d'urgence et en oncologie (Broom, 2007; Frass, 2005; Oberbaum, 2005; Tovey et Broom, 2007). Ce phénomène important implique que dans les récents débats sur les réformes de la santé, notamment au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada, la question de l'intégration des pratiques de santé reliées aux MNC est à l'ordre du jour (Clair *et al.*, 2000; Forget, 1986; HPRAC, 2006; Kelner *et al.*, 2003). Certaines limites de la MC, notamment dans la prise en charge de maladies comme le cancer et le VIH/SIDA, ont fait avancer l'incorporation de certaines modalités des MNC au delà des soins palliatifs (Collin *et al.*, 2005). Bien que fort peu médiatisée, la place des MNC est devenue, selon plusieurs observateurs (Adams, 2007), une pressante question en santé publique, ayant des implications pour la pratique, l'égalité et l'accès aux soins de santé (Bodeker, 2002; Dew et Carroll, 2007).

II. DE BONNES INTENTIONS ENVERS LES MNC : LES TENTATIVES DES DIFFÉRENTS GOUVERNEMENTS

Déjà, ici, au Québec, en 1986, l'ex ministre de la santé Claude Forget parlait de l'impasse des MNC au plan de la professionnalisation et de la réglementation: « Je voudrais montrer combien l'hégémonie juridique et les assises professionnelles de la médecine sont un frein à l'avènement d'une nouvelle conception de la santé. (...) [La médecine professionnelle] a presque réussi (...) à éliminer tout autre groupe du champ officiel de la pratique dite médicale et sous le prétexte classique que ces autres groupes sont inefficaces, charlatanesques et à but lucratif. (...) Ils ont invoqué le support de l'État et ont usé de leur influence législative pour contrôler l'accès à d'importantes ressources éducatives et financières. (...) Grâce à cette synergie, le pouvoir et le succès sont devenus leur justification. (...) Le contrôle de l'activité professionnelle à la fin du XX^{ème} siècle doit refléter le niveau d'évolution et de maturité de l'ensemble de la société. Le public moderne auquel s'adressent les [MNC] n'a que faire des solutions paternalistes où l'État cherche à la protéger malgré lui, ou à sa place; l'outil moderne le plus puissant pour la protection du public se trouve dans l'information. » (Fournier, 2002, pp. 47-48.)

Depuis, plusieurs autres tentatives, de la part de ministres québécois, ont été effectuées pour mettre de l'avant la question de la réglementation, voire de l'intégration des MNC dans le système public de soins de santé. En 1988, la Commission Rochon a reconnu l'existence des MNC et la qualité de leurs connaissances « parfois même supérieures dans certains domaines reliés à la santé » (Rochon, 1988, p. 577). En 1990, le ministre de la santé Marc-Yvan Côté avec sa « *Réforme axée sur le citoyen* », a recommandé qu'une place soit faite aux MNC dans le système de santé afin d'améliorer la santé et le bien-être des citoyens du Québec. Il souhaitait qu'un débat public soit lancé sur la question de l'intégration (l'idée fut initiée par la sous-ministre de l'époque, Thérèse Lavoie-Roux). En 1993, la

Commission Parlementaire sur les MNC, où les homéopathes ont présenté un mémoire (Aubry *et al.*, 2000), n'a pas eu de clôture officielle, pour des raisons inexpliquées... En 1994, le Parti Québécois, dans son programme, s'est engagé à mettre en œuvre des mesures en faveur des MNC. En 1996, Jean Rochon alors ministre de la Santé et des Services sociaux, a formé un groupe de travail interministériel sur les MNC, mais ce groupe n'aura pas l'aval politique nécessaire à la mise en place des propositions sur les mécanismes qui pourraient assurer l'intégration des MNC. Et en 2000, la Commission Clair a démontré que le public souhaite l'intégration des MNC au sein du système de santé². (Fournier *et al.*, 2002). Aussi, des chercheuses canadiennes ont publié, en 2004, une étude sur le rôle de l'État dans l'inclusion des MNC dans le système de soins. Elles concluent que l'intégration de ces professionnels dépendra des résultats d'une lutte entre le public, l'État et les institutions de soins de santé (Kelner *et al.*, 2004).

III. LES RAISONS DE S'INTÉRESSER AUX MNC

Aujourd'hui, la question des MNC est à nouveau ramenée dans le débat sur la réforme du système public de soins de santé. Ceci s'explique, *premièrement* par le fait que le réseau de la santé coûte cher et qu'il existe de plus en plus d'études qui s'accumulent sur les bénéfices de l'intégration des MNC sur les coûts en santé³ (van Haselen *et al.*, 2004), ce qui suscite une sérieuse réflexion (Becker-Witt, 2003; Christie et Ward, 1996; ECH, 2004; Jain, 2003; Schafer *et al.*, 2002; Smallwood,

² Pour plus de précisions, voir le document : Fournier D., Taillefer A. *et al.*, 2002, *Les homéopathes du Québec – sur la nécessité de leur reconnaissance professionnelle*, Québec, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, pp. 45-47.

³ En France, les statistiques de la Sécurité Sociale parlent d'une économie de 42 % entre un traitement médical conventionnel et un traitement homéopathique. (Fournier, 2002, p. 59; SNPH, 1995). Voir aussi les études de Christie et Ward 1996 et de Chaufferin *et al.*, 2002.

2005; Swayne, 1992; Witt *et al.*, 2005). Le réseau de la santé a absorbé près de 40 % des ressources de l'État en 2000 et 44,3 % en 2007. En 2005, les dépenses devaient être réduites à 10,4 % du produit intérieur brut; les hôpitaux à eux seuls utilisaient près de 30 % des dépenses totales et les dépenses pharmaceutiques continuent d'être celles qui augmentent le plus rapidement (IRSC, 2006). Bien que l'on pointe le vieillissement de la population comme l'une des causes de l'augmentation des dépenses, il semble que l'innovation technologique, les dépenses pour les médicaments (25 milliards en 2005, soit une augmentation annuelle constante de 10 % depuis 20 ans⁴) et l'inflation, résultant en services qui coûtent plus chers, soient les facteurs les plus importants dans l'escalade des coûts (Fournier *et al.*, 2002). Ainsi, le système consacre plus de 70 % de ses ressources financières au traitement des maladies terminales, incurables et rares affectant 10 % des malades. Seulement 1 % des ressources sont dépensées pour le 60 % des malades qui en sont aux premiers stades de leur maladie (Lanteigne, 2001; Smallwood, 2005). La Régie régionale de la Santé et des Services sociaux indique pourtant que « (...) prendre en charge efficacement chacune des actions qui s'inscrivent dans le domaine de la santé publique imposerait des exigences considérables (...) qui dépassent les investissements consentis actuellement dans notre société à cet effet » (Fournier *et al.*, 2002, p. 39; MSSS, 2001; RRSSS, 1998). Aussi, dépenser beaucoup n'augmente pas l'espérance de vie⁵ (Freund *et al.*, 2003; Illich, 1975).

⁴ Saint-Arnaud (2006). « 25 milliards en médicaments en 2005 » *Le Devoir*, 11 mai 2006.

⁵ « Les États-Unis dépensent davantage que tous les autres pays de l'OCDE pour la santé avec 15 % de leur PIB comparé à 11,6 % en Suisse, 11,1 % en Allemagne et 10,1 % en France. Les pays les moins dépensiers sont l'Irlande (7,4 %), l'Autriche (7,5 %) et la Finlande (7,5 %). Dans la répartition des dépenses entre les secteurs public et privé, les États-Unis sont les plus généreux avec le privé en lui réservant une part de 8,3% alors que, dans des pays comme la France, celle-ci ne représente que 2,4 % et tombe à 1,3 % au Royaume-Uni et 1,4% en Suède. Espérance de vie : Selon le rapport, l'espérance de vie aux États-Unis était aussi en 2003 (statistique la plus récente) la plus faible des 19 autres pays étudiés, à l'exception de celle au Danemark, Américains et Danois ayant une espérance de vie moyenne de 77,2 ans.

Le *deuxième* facteur qui influence la réflexion actuelle sur les MNC touche à la question du succès limité de la MC dans certains domaines, notamment celui des maladies chroniques. Malgré la reconnaissance légale et sociale que la MC a acquise, de nombreux auteurs soulignent des carences quant à son efficacité et suggèrent qu'elle ne répond pas adéquatement aux besoins de la population, notamment pour les problèmes de stress et d'anxiété, pour les soins palliatifs mais surtout pour le traitement des maladies défectives et chroniques⁶ (Levin, 1986). L'efficacité de la MC face à ces maladies au long court qui sont responsables de 85 % de la mortalité et 75 % de la charge des plaintes exprimées dans les DALYs⁷ (Charmaz, 2003; ECH, 2004; Fox, 2003; OMS, 2002) fait souvent l'objet de critiques, notamment liées au fait qu'elle prescrit des traitements souvent très lourds et uniquement palliatifs, non curatifs. En dépit des progrès réalisés par la MC dans le traitement des maladies aiguës telles les maladies infectieuses, l'augmentation constante du nombre de malades chroniques fait croire qu'on est sur le point de perdre sa santé (Villedieu, 2002).

Les États-Unis ont le plus fort taux de mortalité infantile avec sept décès pour 1000 naissances, le Japon ayant le plus faible avec trois pour 1000. » Rapport de l'*Economic Policy Institute*. Le système de santé américain : onéreux et peu efficace, *Le Devoir*, 26 juillet 2006.

⁶ Sans compter les problèmes de résistances créés par la surprescription d'antibiotiques (Agence de la santé publique du Canada, 2003; CCRA, 2005; Santé Canada, 2005; Villedieu, 2002).

⁷ Le DALY (disability-adjusted life-years ou années de vie ajustées sur l'incapacité) est une mesure de santé qui combine le temps vécu avec incapacité et le temps perdu par une mort prématurée. Une « DALY » peut être considérée comme une année perdue dans une vie en santé et l'incapacité est la mesure de l'intervalle entre l'état de santé actuel et une situation idéale où tous vivent âgés sans maladie ou incapacité. L'indicateur DALY permet de mesurer l'efficacité de différentes interventions visant la réduction de l'incapacité liée à une condition particulière, ainsi que de permettre une comparaison de l'efficacité à travers des interventions qui traitent différents problèmes et produisent différents résultats pour mesurer l'état de santé d'une population. En incluant aussi le concept de bénéfice des coûts, il est ainsi possible de juger quelles interventions méritent d'être priorisée dans les plans d'action. (OMS) <http://www.who.int/healthinfo/boddaly/en/index.html>

La *troisième* raison régulièrement évoquée pour justifier l'urgence de s'intéresser aux MNC, est la question de leur efficacité (Adams, 2007; Cant et Sharma, 1999; Spence *et al.*, 2005; Tovey *et al.*, 2007; Willison *et al.*, 2005; Witt *et al.*, 2005). En effet, selon le rapport Smallwood (2005), certaines approches médicales non conventionnelles se sont montrées plus efficaces pour traiter les malades dans des domaines comme celui des maladies chroniques. Ce rapport, faisant suite à celui de la Chambre des Lords (2000), conclut « qu'il y a des secteurs où la médecine conventionnelle ne répond pas de façon satisfaisante aux besoins de soins de santé des patients, c'est-à-dire où les traitements sont inefficaces ou aucun traitement n'existe pour des conditions spécifiques. Les preuves que nous avons accumulées suggèrent que certaines thérapies non conventionnelles peuvent commencer à remplir ces lacunes. Aussi, il y a plusieurs secteurs où les traitements par les thérapies non conventionnelles sont aussi efficaces et moins coûteux que les traitements conventionnels (...). » (Smallwood, 2005, p. 24). D'autres études ont aussi fait état de l'efficacité des MNC, dont particulièrement la médecine homéopathique pour les problèmes chroniques (Gaus, 1995; Klimenko, 1999; Linde et Jobst, 1999; Schmidt, 2001; Smallwood; 2005, Spence *et al.*, 2005; Walach et Hauesler, 1997; Witt *et al.*, 2005).

La *quatrième* raison de s'intéresser aux MNC, touche à la question de l'utilisation croissante de ces médecines par la population. C'est cet aspect qui sera plus longuement l'objet d'étude dans ce mémoire. Les résultats d'études démontrent qu'entre 40 % et 80 % de la population, selon les pays, auraient recours de manière régulière aux MNC (Hendrickson, 2006). Soixante-dix à soixante-quatorze pourcent des canadiens, soit 3,8 millions de personnes en 1998 et entre 42 % et 67 % des Québécois, selon les études, (Esmail, 2007; Health Canada, 2001; La Presse, 2001; Larocque, 1998; Ramsay *et al.*, 1999; Reid, 1997) auraient eu recours à ces praticiens au moins une fois dans leur vie. Les gens ont dépensé 3.8 milliards de dollars au Canada pour la MNC au cours de la dernière moitié de 1996 et la première moitié de

1997 et 5,6 millions de dollars pour consulter ces praticiens entre 2005 et 2006, ce qui indique une grande confiance du public à l'égard de ces pratiques médicales (Ramsay, *et al.*, 1999; York University Center for Health Studies, 1999). Des données indiquent également une utilisation à long terme par les gens qui commencent à consulter en MNC (Kessler *et al.*, 2001; Witt *et al.*, 2005b) ce qui laisse croire qu'ils y trouvent une solution à leurs problèmes de santé.

Bien qu'il ne semble pas y avoir, au Québec, de volonté politique immédiate d'agir afin de régulariser la situation juridique et professionnelle des praticiens de MNC, il existe aussi des lacunes quant aux connaissances sur l'apport potentiel de ces médecines au réseau public de santé (Fournier et Taillefer, 2003).

IV. UN INTÉRÊT POUR LA SOCIOLOGIE DE LA SANTÉ

La question de l'impact des MNC sur la santé des populations, semble essentiel en sociologie de la santé, dans une société qui est de plus en plus critique face à la notion même de santé, qui reconnaît les changements au niveau de la nature des problèmes de santé et qui est concernée par la production de la santé influencée par l'industrie pharmaceutique et le développement technologique médical où le raffinement du diagnostic ne correspond pas nécessairement à un traitement approprié. Certains auteurs critiquent cette MC qui est devenue une composante majeure de l'économie globale (Adam et Herzlich, 2007; Carricaburu et Ménoret, 2004; Kelleher *et al.*, 2006; Lupton, 2003).

Or, le recours aux MNC semble refléter, outre des besoins importants en matière de santé, une importante critique de la part de la population de ce qui lui est offert et de son désir d'avoir accès à des soins de nature différente. La sociologie, qui cherche à comprendre le sens de l'action des acteurs d'une société, a beaucoup à offrir pour

répondre aux questions soulevées par la présence grandissante des MNC, en permettant de comprendre comment les processus de décisions par rapport aux soins de santé modèlent l'expérience personnelle des gens face à la santé et à la maladie (Williams, 2006). Car le fait de s'intéresser aux MNC ne vient en premier, ni de la profession biomédicale, ni du gouvernement, mais bien de leur faveur auprès de la population (Clair, 2000; Fournier *et al.*, 2002; Tataryn et Verhoef, 2001). Certains parlent même d'un mouvement social (Goldner, 2004; Hess, 2004; Verhoef et Findlay, 2003). C'est le rôle de la sociologie de la santé de bien saisir la signification du recours aux praticiens MNC et de leur impact dans la vie des gens qui vont consulter ces praticiens.

V. L'APPORT DU MOUVEMENT FÉMINISTE

L'apport du mouvement féministe à la discipline de la sociologie de la santé a permis de dénoncer les inégalités sexuelles dans toutes les sphères de la vie - privée et publique des femmes. La recherche féministe a également révélé l'impact négatif de la médicalisation, le biais sexiste de la MC et de ses praticiens et la situation précaire des femmes dans le système de santé. C'est ce mouvement qui a remis en question les fondements scientifiques de la MC et a contribué à définir les notions de santé et de maladie comme des phénomènes sociaux dont les causes ne sont pas exclusivement virale ou bactérienne et où les facteurs environnementaux et psychosociaux jouent un rôle important. Au Québec, durant la période des années 60-70, suite à la mise à jour des inégalités de sexe devant la santé et suite au questionnement concernant la légitimité du monopole de la MC sur la santé, un réseau parallèle de cliniques populaires et des mouvements sociaux valorisant entre autres l'auto-santé, les aidants naturels et l'utilisation de pratiques non conventionnelles se sont développés (antipsychiatrie, sages-femmes, médecines non conventionnelles) (Corin, 1985; Gaucher *et al.*, 1981; Rousseau *et al.*, 1987). C'est dans ce courant que se raviva dans

les années 1970, la popularité des MNC dont la médecine homéopathique. Ce courant a mis de l'avant l'importance de l'apport du discours des femmes sur leur santé et leurs pratiques dans les études sociologiques et nous permet, dans notre recherche, de mettre en valeur le discours des femmes sur l'impact des MNC dans leur existence.

VI. LES LIMITES DES RECHERCHES SUR LE SUJET DES MNC

L'approche la plus commune en sociologie pour étudier les MNC est d'utiliser des outils de recherche réduisant les diverses MNC en un seul indicateur (Hendrickson *et al.*, 2006). Ceci est fort problématique car les MNC ne constituent pas un ensemble homogène de médecines. Si plusieurs recherches en sociologie ont documenté divers aspects des MNC, ces recherches sont malheureusement limitées par le fait qu'elles regroupaient toutes les MNC qui n'ont pas toutes les mêmes impacts ou les mêmes buts, en y incorporant également d'autres techniques de soins qui ne sont pas des médecines⁸. Certaines représentent plutôt différentes approches ou des techniques de support pour maintenir la santé. Chacune des MNC représente une situation sociohistorique et politique particulière ainsi que des approches diagnostiques, thérapeutique et philosophique individuelles. La recherche devrait donc éviter de les étudier de façon générale et se concentrer à les considérer séparément (Astin, 2000; Hendrickson, 2006).

Il est sans doute nécessaire d'ajouter que le centre du débat sur les MNC se cantonne presque'exclusivement autour d'un seul aspect de leur « efficacité » – soit celui de la capacité d'un traitement donné à produire un effet bénéfique recherché dans une situation expérimentale (Batista et Guibert, 1986). Dans un tel cadre épistémologique, ceci vise les traitements qui s'adressent exclusivement à une vision mécanique,

⁸ Par exemple la méditation, le yoga, ou le massage. Mais nous reviendrons plus précisément sur ces notions de médecines et d'approches, dès le chapitre I.

unique visée de la MC, appelée à juste titre la biomédecine. Or, la plupart du temps, les mesures de l'efficacité des MNC reposent sur le modèle expérimental conventionnel (cibler une pathologie spécifique pour la supprimer) et ne favorisent pas l'intégration des concepts et des outils thérapeutiques holistiques (s'adresser à la force vitale et obtenir des résultats qui touchent autant les dimensions physiques que psychologiques, sociales et spirituelles). Selon Micozzi (2001), on peut apparenter la MC au réductionnisme et au matérialisme et, la MNC, à l'holisme (interdépendance entre psychisme/esprit/corps) et au vitalisme (qui soutient qu'il y a une énergie propre aux organismes vivants qui est immatérielle). C'est surtout la notion de vitalisme qui détermine les distinctions qui sont faites entre mécanique/énergétique, matière/énergie et cause/effet et qui est décriée par les tenants de la science moderne (Hirschhorn, 2006). Ce conflit paradigmatique est au cœur du débat sur le concept du couple santé/maladie, sur la légitimité des MNC et qui limite les recherches sur ce sujet. Ceci nous amènera donc à redéfinir la notion d'« efficacité » de manière à inclure les effets thérapeutiques sur tous les aspects perçus.

VII. CHOISIR DE PARLER DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE

Nous nous intéresserons, dans ce mémoire, essentiellement à la médecine homéopathique⁹. Il s'agit d'une MNC particulièrement intéressante à étudier, d'une part, parce qu'elle soulève une controverse « scientifique », basée en partie sur un conflit paradigmatique avec la MC et sa situation politico-juridique particulière que nous aborderons plus loin (Cant, 2003; Fournier *et al.*, 2002; Kelner, 2003). Et d'autre part, parce que sa popularité et les recherches visant à démontrer l'apport

⁹ Le but de ce travail n'est pas de fournir une histoire détaillée de la médecine homéopathique dans le monde, ni de celle du Québec. Mais pour obtenir des informations sur le sujet, se référer aux documents sur le Québec de D., Fournier, 1998, 1999, JP., Robitaille, 1992, et sur l'histoire générale de l'homéopathie, aux ouvrages de HL., Coulter, 1973, 1975, 1980 et de R., Heahl, 1992, volumes I et II.

concret qu'elle peut apporter au système de soins, ne cessent de croître (Dixon *et al.*, 2000; ECH, 2003, 2004; Freund *et al.*, 2003; OMS, 2002; Smallwood, 2005).

Dans une célèbre revue scientifique, *The Lancet*, on intitulait l'éditorial d'un numéro d'août 2005, « La fin de l'homéopathie (The end of homoeopathy) » (The Lancet, 2005). Or, si l'homéopathie est la plus controversée des MNC, elle est paradoxalement l'une des plus utilisées dans le monde (ECCH, 2006; Menniti-Ippolito *et al.*, 2002; Witt *et al.*, 2005b). Choisir de parler de la médecine homéopathique, c'est donc choisir d'exposer ce paradoxe et de mettre en lumière l'opposition qui existe entre le paradigme dominant de la MC, avec sa vision de la maladie comme un phénomène provenant avant tout d'un dérèglement biochimique, et le paradigme holiste de la médecine homéopathique, qui considère que le corps, l'esprit, l'environnement et la société interagissent ensembles pour produire le continuum santé-maladie, et où la maladie est interprétée comme un déséquilibre de la force vitale des individus qui se manifeste par des symptômes. L'intérêt de cette controverse est que, malgré cette opposition de pensée, une grande partie de la population semble trouver le moyen de créer un espace qui lui permet de consulter les deux formes de médecine. Comment cela s'opère-t-il ?

Il est difficile d'obtenir des chiffres exacts à propos de la médecine homéopathique et de ses praticiens, surtout chez nous. D'une part, parce que les sondages et les études sont faits en amalgamant l'homéopathie aux autres MNC, et d'autre part, parce qu'un grand pourcentage des gens qui consultent un homéopathe choisissent de taire ce choix à leur médecin, leurs amis ou même leur conjoint par crainte de réaction négative à leur égard (Eisenberg *et al.*, 1998; Suter *et al.*, 2007). Aussi, les recherches au sujet des MNC sont plus rarement financées (ECH, 2004; Fondation Robert Bosch, 2006). Pour ces raisons, nous exposerons dans le premier chapitre de ce mémoire, sa situation bien singulière en tentant tout de même de faire ressortir le plus de données possibles sur la médecine homéopathique.

Puisqu'il existe un réel problème de méconnaissance de cette pratique de santé, il devient donc particulièrement intéressant de s'attarder à la réalité de ces gens qui, dans une société où il existe un système de santé public gratuit pour les usagers, décident de payer eux-mêmes pour des soins de santé non conventionnels (MacLennan *et al.*, 2002) qui sont en plus décriés par l'autorité médicale en place et souvent aussi par les médias.

Mentionnons en terminant que nous considérons qu'il est, selon nous, important de connaître les caractéristiques de la médecine homéopathique pour en parler. Nous avons choisi pour cette raison de faire un exposé exhaustif, au chapitre 1 de ce mémoire, de son contexte historique, social, politique et scientifique afin de mieux contextualiser les données de notre recherche. Il faut toutefois retenir que l'analyse de nos données n'est pas basée sur cette partie du texte.

VIII. L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE ET LA STRUCTURE DU MÉMOIRE

Par ce travail, nous tenterons de comprendre le parcours d'un groupe de la population - des mères - vers la médecine homéopathique. Nous explorerons, par une recherche qualitative utilisant l'analyse thématique descriptive, l'impact à long terme, autant médical que social, de l'expérience de la consultation en médecine homéopathique telle qu'évaluée par ces femmes. Tout cela afin de mieux comprendre la place de cette pratique de santé dans la vie des gens et les enjeux sociaux que la médecine homéopathique soulève dans le débat sur les réformes en santé.

Ce mémoire sera composé de cinq chapitres:

Le premier chapitre, axé sur la problématique globale, exposera les définitions, le contexte historique et social ainsi que la controverse scientifique entourant la médecine homéopathique.

La section 1 servira à définir la terminologie souvent employée dans ce domaine, c'est-à-dire 'médecine alternative et complémentaire' (MAC) et 'médecine non conventionnelle' (MNC), afin de cerner ce qui caractérise les MNC par rapport aux MAC et de mieux comprendre ce à quoi nous ferons référence dans le mémoire.

La section 2, fera un bref historique de la médecine homéopathique.

La section 3 s'attardera au contexte des MNC mais plus spécifiquement de la médecine homéopathique soit les problèmes liés à sa légitimité sociopolitique.

La section 4 présentera les problèmes scientifiques de la recherche centrée sur la notion d'efficacité ainsi que le paradoxe qui en fait un sujet de recherche sociologiquement pertinent.

Le chapitre 2 exposera la problématique spécifique à la médecine homéopathique.

La section 1 décrira la question du recours à la médecine homéopathique, les champs de compétence et d'intervention de cette pratique de santé et le profil des utilisateurs et utilisatrices.

La section 2 servira à justifier notre choix d'interroger spécifiquement des mères et à bien comprendre la question de recherche.

Le chapitre 3 présentera le cadre théorique nécessaire à l'analyse de nos données.

La section 1 servira à définir le paradigme spécifique avec lequel la médecine homéopathique doit être abordée, certains concepts et définitions utiles à la compréhension du sujet, ce qui permettra de comprendre la singularité de notre point de vue et de mettre en lumière sa philosophie sur la nature de la personne malade. Nous présenterons également l'univers singulier de la consultation homéopathique, incluant la relation thérapeutique et l'importance de l'expérience subjective des gens.

La section 2 nous servira à faire l'exposé de la théorie du constructivisme social féministe utile en sociologie de la santé.

La section 3 permettra de présenter la notion d'*empowerment*, du sens de la cohérence et du savoir profane sur la santé, notions nécessaires à notre analyse.

Le chapitre 4 exposera la méthodologie choisie, soit l'analyse thématique descriptive.

Le chapitre 5 présentera les résultats des entrevues et une discussion permettra d'analyser les données.

Finalement *la conclusion* nous permettra d'ouvrir des pistes de réflexions sur des modèles possibles de soins pour le système de santé et les besoins mieux définis pour les recherches futures dans ce domaine.

AVERTISSEMENT: UNE PRATICIENNE COMME CHERCHEURE, BIAIS OU APPORT ?

La réalité de la pratique clinique permet à tous les praticiens et praticiennes de la santé d'être quotidiennement témoins de résultats qui apportent sans cesse des indices pouvant aider à mieux traiter des gens souffrants. Ainsi, avec les résultats rapportés par ces gens sur l'expérience de leur traitement, tout praticien sensible au bien-être de la communauté désirera informer ses collègues de ces faits et ainsi contribuer à rendre plus accessible la possibilité d'un meilleur bien-être pour la collectivité. (Lewith *et al.*, 2002)

Dans un champ encore marginal comme celui des MNC, il semble que la même critique revienne sans cesse à propos d'un manque d'études ou d'intérêt pour ce domaine. Malgré la curiosité croissante de nombreux chercheurs pour la MNC, plusieurs secteurs de recherche n'ont pas encore trouvé d'audience. Il faut aussi comprendre qu'une des caractéristiques de la recherche et de l'enseignement des MNC comme la médecine homéopathique, est que le rôle de chercheur incombe souvent aux praticiens eux-mêmes : contrairement à certaines MNC, la médecine homéopathique comme objet de recherche est quasi absente du milieu universitaire en raison des controverses qui l'entourent et aussi de certains préjugés entretenus par le

milieu scientifique. Leur implication dans la recherche, en complément à leur pratique, peut devenir bénéfique aux soins donnés, en plus de représenter une stratégie possible pour permettre l'avancement des connaissances sur leur pratique et la reconnaissance de leur statut au sein des services de soins de santé publics.

Mon intérêt au sujet de la santé des femmes, de leurs pratiques de santé et de la valeur des contributions non biomédicales aux soins de santé – souvent ignorées par le modèle biomédical est à la fois professionnel et personnel. En effet, c'est en tant que praticienne en médecine homéopathique depuis une vingtaine d'années que j'ai abordé ce projet. Mon expérience m'a amenée à constater qu'il y a parfois une différence importante entre les représentations que se font les gens de leur santé et de la maladie et celles véhiculées par la MC, et à me demander quelle est la portée d'un tel contraste sur une population qui décide "d'agir autrement" et même parfois à l'encontre de ce que préconise le système biomédical officiel.

Comme l'oncologue faisant de la recherche sur le cancer peut se retrouver dans cet espace, double, d'une subjectivité inhérente à la profession de soignant et d'une demande d'objectivité exigée en recherche, je suis consciente de l'obligation d'avoir une grande rigueur méthodologique, malgré le fait qu'un certain biais demeure toutefois inévitable (Rose, 2004; Sherwin, 1998), en plus lorsqu'il s'agit de travailler avec une réalité humaine comme la santé et la complexité du vivant. Aussi, parce que je suis sensible au fait que le contexte dans lequel se fait cette recherche ainsi que ma position d'intervenante en santé puissent influencer les réponses données par les participantes, j'ai porté une attention particulière à la collecte et au traitement des données. L'approche que j'ai privilégiée comme chercheure reconnaît à la fois le contexte sociopolitique dans lequel je me trouve et les paradigmes - socioculturel, féministe et postmoderne - dans lesquels je travaille. À cause de la perspective dans laquelle s'inscrit cette recherche et de la posture où je me trouve à la fois comme praticienne et comme chercheure, qui est un choix intellectuel et non une méthode, je

ne peux prétendre à la distance habituelle qu'ont les théoriciens avec leur sujet. J'entre dans ce champ avec un agenda particulier, ayant parfois des déclarations particulières à faire et ceci ne peut être évité (Sherwin, 1998). Guidée par des objectifs féministes et inspirée par les travaux sur l'épistémologie féministe qui argue que la position sociale spécifique « de celui ou celle qui sait » est significative et influence ce qui est observé ou observable (Harding, 1991; Sherwin, 1998), on peut considérer que si cette position du chercheur est reconnue, cela peut contribuer à la valeur de l'étude et faire partie d'une meilleure compréhension du fonctionnement même de cette recherche.

Il est sans doute aussi nécessaire de s'adresser sérieusement à la question de la relation entre la recherche et la pratique si nous voulons améliorer les soins offerts et la santé des populations. Puisque qu'un réel problème dans les recherches sur les MNC est qu'il y ai une telle méconnaissance au sujet de l'homéopathie, je considère comme un atout le fait d'être à la fois praticienne et chercheure et je souhaite que le fait d'assumer ce rôle de clinicienne-chercheure dans ma propre discipline permette à la fois d'encren l'agenda de recherche dans les réalités de la pratique, d'apporter un contexte aux données, de promouvoir la participation des utilisateurs dans le processus de recherche sur la santé et de permettre par le fait même, une plus grande transparence sur la réflexion de cette situation.

Si ce travail doit beaucoup à une expérience personnelle, il faut peut-être se rappeler que c'est justement quand le chercheur « prétend à la neutralité absolue, lorsqu'il croit pouvoir éliminer des résultats de sa recherche tout ce qui a contribué à y accéder (y compris ses convictions subjectives, ses préjugés) et qu'il gomme soigneusement les traces de son implication personnelle par rapport à l'objet de son étude, qu'il a le plus de chances de s'écarter du type d'objectivité (nécessairement approchée) et du mode de connaissance spécifique des sciences humaines » (Laplantine, 1986, p. 338).

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE GLOBALE : CONTEXTE ET CONTROVERSE

La croissance de la popularité des médecines non conventionnelles (MNC) depuis vingt-cinq ans s'est accompagnée d'une augmentation de travaux en sociologie étudiant divers aspect de cette réalité (Bilson et Lee-Treweek, 2006). Mais cette sociologie des MNC reste le parent pauvre du champ de la sociologie de la santé. Bien que l'intérêt public et scientifique dans ce domaine continue à croître dans la plupart des pays occidentaux, il existe un réel manque d'écrits sur le sujet. Les éditeurs classent souvent tout ce qui concerne les MNC sous les titres reliés surtout aux soins infirmiers ou aux soins de santé. De plus, une fois publiés, ces textes se retrouvent catalogués dans la section « new age » ou « spirituel », et sont rarement retrouvés dans le courant principal des sociologues. Quant au choix de cette discipline d'étude dans les facultés de médecine et même en sciences humaines, il reste très marginalisé (Bilson et Lee-Treweek, 2006). Aussi, un des problème majeur demeure la persistance à vouloir traiter les MNC toutes ensembles, sans savoir de qui ou de quoi il est réellement question. Dans ce premier chapitre, nous allons donc tenter de cerner certains aspects du phénomène des MNC mais principalement de la médecine homéopathique.

Ce premier chapitre, à cause de sa longueur, nécessite une mise en contexte particulière. En effet, ce chapitre ressemblera sans doute davantage à des prolégomènes par son étendue et son développement, puisqu'il nous semble essentiel d'avoir des notions et des principes préliminaires sur la médecine homéopathique, ses praticiens et ses praticiennes pour comprendre la question qui touche le parcours des

mères vers la consultation homéopathique et les impacts perçus de cette expérience dans le contexte singulier de cette médecine dans notre société.

Après avoir tenté de clarifier certains termes utilisés dans ce domaine pour justifier que la médecine homéopathique doit être étudiée en dehors de l'amalgame des MNC, il s'agira, après la présentation de quelques repères historiques permettant d'éclairer la complexité de la situation de la médecine homéopathique face à la MC, de bien établir la situation sociale, politique et scientifique de cette médecine. Ceci nous aidera à mieux comprendre la controverse qui anime le débat à son sujet et sa pertinence dans les enjeux d'une réforme sur la santé. Si la médecine homéopathique relève d'un paradigme fort différent de celui de la MC, l'objectif ici est donc de présenter le paradoxe formé à la fois par sa marginalité, son illégitimité juridique ou politique et sa popularité (une certaine légitimité sociale), pour ainsi nous permettre de mieux saisir comment ce contexte peut teinter l'expérience des mères quand elles consultent en homéopathie.

Or, il ne s'agit pas, dans ce premier chapitre, ni de faire une description détaillée ou d'exposer les enjeux pour la biomédecine, ni de présenter un mémoire théorique sur l'émergence de la médecine homéopathique comme un champ médical, bien que cet aspect sociologique y soit mentionné. Il est plutôt question de présenter le point de vue unique de l'homéopathie, ce qui explique que la nature de la documentation consultée soutienne une argumentation volontairement à sens unique. Toutefois, ce chapitre ne servira pas directement à l'analyse de nos données mais représente plutôt la perspective à partir de laquelle j'aborde cette recherche.

1.1 LE CLASSEMENT DES MÉDECINES ALTERNATIVES ET COMPLÉMENTAIRES (MAC) ET DES MÉDECINES NON CONVENTIONNELLES (MNC)

Plusieurs auteurs ont tenté de classer et de définir des pratiques de santé confondant souvent « thérapie », « approche » et « médecine ». Il existe, de plus, une énorme confusion à propos de la formule « médecine alternative et complémentaire » (MAC) qui est la plus utilisée mais qui représente un ensemble composé de techniques de soins hétérogènes (Kaptchuk et Eisenberg, 2001b; Saillant *et al.*, 1987). Pour l'OMS et le National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), les MAC sont considérées comme incluant 1) les diverses thérapies (massage, méditation, yoga, reiki, vitaminothérapie, etc), 2) les pratiques et les produits qui ne sont pas considérés faisant partie actuellement de la MC et ne jouent pas un rôle majeur dans le système de santé national mais offrent un complément de traitement avec une variété de techniques de support (Hendrickson *et al.*, 2006; Kelner et Wellman, 2003; National Institutes of Health, 2004; Zhang, 2000) et 3) les *systèmes médicaux complexes* et complets d'évaluation et de traitement organisés en professions indépendantes (whole systems) (ex : homéopathie, acupuncture, naturopathie/herboristerie, ostéopathie/chiropraxie). Il n'est pas ici question de prétendre résoudre le problème de définition trouvé dans la littérature mais d'éclairer davantage notre propos et notre choix des mots.

Le NCCAM (2002) propose un système de classement qui s'appuie sur une distribution par type de techniques utilisées soient 1) les systèmes médicaux alternatifs, (homéopathie, médecines traditionnelles); 2) les interventions corps-esprit, comme la méditation; 3) les thérapies basées sur la biologie, comme les suppléments diététiques employés en naturopathie; 4) les méthodes basées sur la manipulation et le corps, dont la chiropratique, le massothérapie, l'ostéopathie et 5) les thérapies de l'énergie comme le Qi Gong. La médecine homéopathique est incluse dans la première catégorie car elle est construite sur un système complet de théorie et de

pratique. Comme d'autres systèmes de ce groupe, elle a précédé et a évolué en dehors de l'approche de la MC. Une autre classification trouvée est celle disponible sur le site du Réseau canadien de la santé (Agence de la santé publique du Canada), où on peut compter jusqu'à 300 différents types de thérapies complémentaires et parallèles différentes et où l'homéopathie est placée dans les « thérapies de l'énergie », de quoi en perdre son latin !

Le problème avec ces diverses classifications retrouvées dans la littérature est que les méthodes, thérapies, approches et techniques sont toutes abordées sur un même plan laissant comme seule pratique médicale réelle la médecine conventionnelle (MC). Or toutes ces pratiques de santé ne visent pas nécessairement le traitement de problèmes de santé. Certaines s'adressent à une discipline spirituelle, d'autres à la détente et d'autres encore à l'alimentation. En fait, plusieurs s'entendent pour dire qu'il existe près de 39 approches « alternatives et complémentaires » (Furnham, 2000b) de santé et elles sont aujourd'hui appelées, sans distinction, MAC (médecines alternatives et complémentaires). Cependant, elles ne sont pas toutes des médecines et ceci a des implications sociopolitiques et culturelles importantes.

Dans la recension des écrits, nous choisirons d'inclure les pratiques de santé fondées sur un corpus élaboré de connaissances, définies comme *médecine* par la présence d'un champ diagnostique spécifique, d'un champ thérapeutique et d'un champ prophylactique : les médecines non conventionnelles (MNC) (Bouchayez, 1986; Fournier *et al.*, 2002). Selon la classification retenue, il existe donc cinq principales MNC, soit : l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropraxie et l'herboristerie (Lachance *et al.*, 2006; Smallwood, 2005) qui font partie des systèmes complexes (whole systems). Ce classement est celui du Comité des Sciences et technologies de la Chambre des Lords Britannique (House of Lords, 2000, Smallwood, 2005) puisqu'il ne retient que les pratiques qui reposent sur les caractéristique d'une *médecine* telle que nous l'avons définie plus haut dans les

systèmes médicaux complets et qui ont également, comme la médecine homéopathique, une organisation professionnelle (Cant, 1999, Saks, 2003, Collin, 2005). Ces cinq pratiques de santé qui ont en commun de posséder une philosophie holiste, tentent de traiter la personne dans sa globalité pour une guérison à long terme et souvent de façon préventive. Ce sont des pratiques médicales qui sont en position de non-conformisme face aux règles de la médecine conventionnelle. Les MNC se définissent surtout par rapport à leur outil thérapeutique (les remèdes pour les homéopathes) avec des façons spécifiques de maintenir et restaurer la santé, et non par rapport à une classification nosologique.

1.1.1 À propos de la terminologie

L'utilisation de l'expression « médecines non conventionnelles (MNC) », choisie par la Commission Européenne (1996), n'est pas aléatoire. D'abord, il était d'usage, dans les années 70-80 d'utiliser les termes « médecines douces ou parallèles ». Toutefois, le terme « médecines douces » peut être trompeur car il sous-entend que les traitements sont forcément doux et faciles à supporter. Si cela est vrai la plupart du temps, il est parfois aussi vrai par exemple qu'un traitement en homéopathie ou en médecine traditionnelle chinoise puisse engendrer des « crises curatives », souvent nécessaires à la guérison, mais pouvant être parfois assez brutales. Quand c'est le cas, le terme de « médecine douce » est peu adapté. Tandis que le terme « médecines parallèles » semble signifier qu'il y a deux systèmes de soins fonctionnant indépendamment l'un de l'autre, avec le même degré d'efficacité et de reconnaissance. Cela voudrait dire que les patients auraient donc le choix entre deux thérapeutiques. La réalité est tout autre. D'abord, la MC et les « médecines parallèles » ne sont pas toujours efficaces dans les mêmes secteurs d'intervention et leur scientificité ne s'évalue pas forcément qu'avec les seuls critères et outils d'évaluation que ceux reconnus officiellement, soit ceux de la MC. De plus, il est

faux de croire que le public a le choix de sa thérapeutique puisque la seule médecine couverte par l'assurance-maladie est la MC. C'est donc dire que seuls ceux possédant des assurances bien complètes ou bien un bon revenu peuvent encore aujourd'hui avoir accès aux « médecines parallèles ».

D'autres favorisent le terme « médecines hétérodoxes » justifiant ce choix en disant que le mode d'utilisation de ces pratiques n'est pas un bon critère pour définir ces pratiques non biomédicales. Ils présentent le terme « médecines hétérodoxes », proposé en premier par Bourdieu (Stollberg, 2002), comme une expression parapluie pour toutes les stratégies médicales en dehors de la biomédecine, une forme de savoir avec ses propres doctrines souvent opposées à la biomédecine, laissant ainsi place pour une multitude de techniques, institutions, formes d'utilisation à la fois par les patients et pour les praticiens et utile pour le champ de la recherche sociologique (Frank, 2002). Si l'on retient une des propriétés d'un champ (scientifique), on peut dire qu'elle réside « dans le fait qu'il enferme de l'impensable, c'est-à-dire des choses qu'on ne discute même pas. Il y a l'orthodoxie » (ce qui est considéré comme norme de la vérité) (comme l'expression « médecine orthodoxe ») et « l'hétérodoxie (qui a une croyance autre qu'il ne convient), mais il y a aussi la doxa, c'est-à-dire tout l'ensemble de ce qui est admis comme allant de soi » (Bourdieu, 1984, p. 83).

Mais aujourd'hui, c'est le plus souvent l'expression « médecines alternatives et complémentaires (MAC) » qui est passée à l'usage autant dans le discours scientifique que populaire. Cette autre façon de nommer et de décrire ces pratiques de santé non biomédicales, fait référence à leur mode d'utilisation : elles peuvent être une alternative à la biomédecine en vue de la remplacer ou de la compléter (Druss *et al*, 1999) dans des domaines où la biomédecine a peu à offrir (Ernst *et al*, 2004), comme par exemple pour les maladies chroniques. Plusieurs études ont démontré que la médecine homéopathique était très efficace dans ce secteur (Itamura, 2007; Smallwood, 2005; Spence *et al*, 2005; Witt *et al*, 2005; Witt *et al*, 2005b).

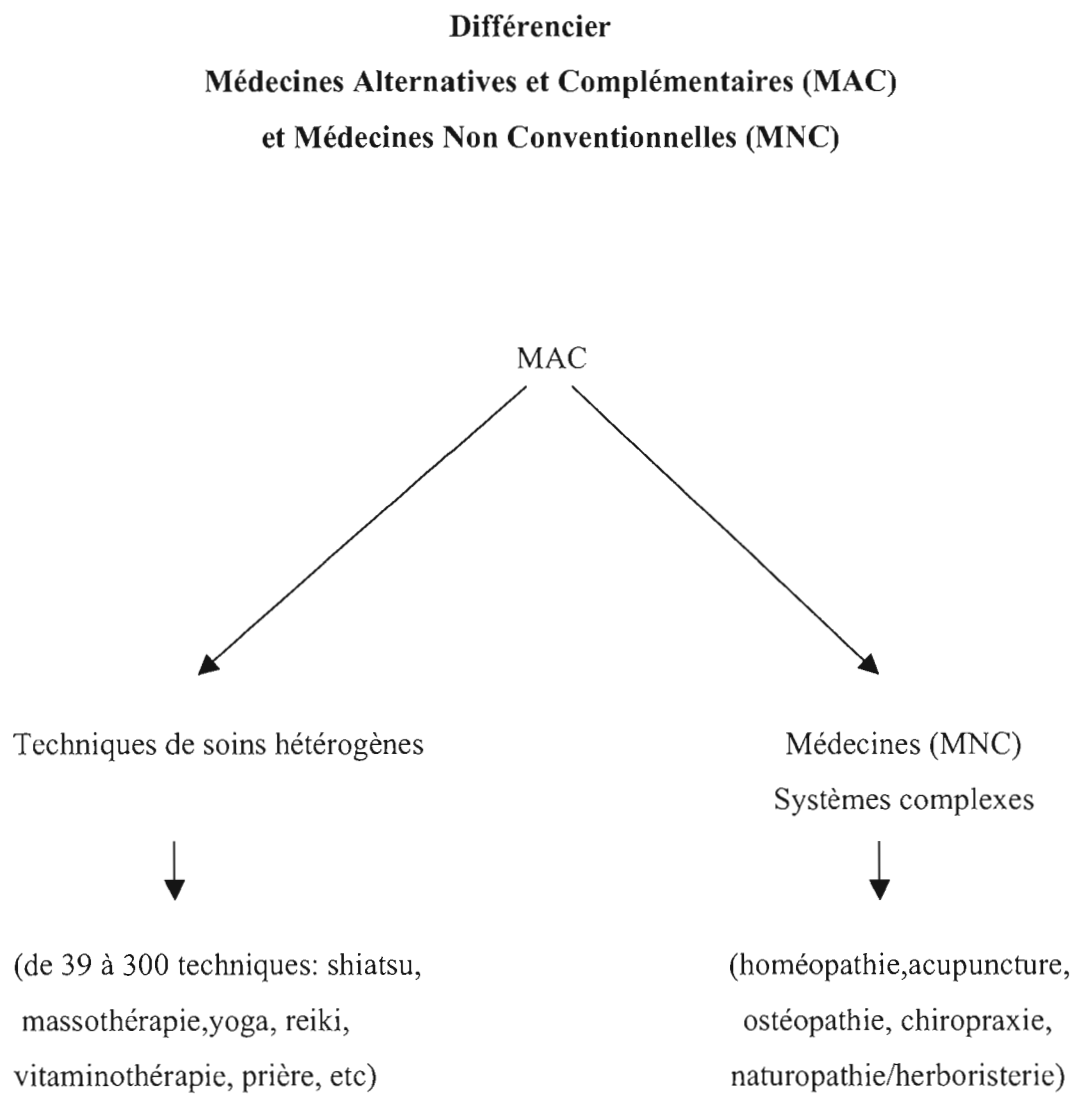
D'ailleurs, pour certains praticiens, c'est la MC, dans ces cas, qui complète la médecine homéopathique (Frank, 2002).

Une autre définition, peut-être plus exacte, nous est donnée par le Cochrane Collaboration (Fisher, 2005) qui considère les MAC comme un large domaine de ressources de soins de santé qui englobe tous les systèmes de santé, les modalités et les pratiques, accompagnés de leur théories et croyances, autres que celles intrinsèques au système de santé politiquement dominant dans une société ou une culture donnée à l'intérieur d'une période de l'histoire. L'expression MAC peut être perçue comme associant la particularité de ces systèmes de soins de santé à des styles de vie « alternatifs », à une contre-culture et à une exclusion politique. Ceci implique une relation antagoniste avec la biomédecine ainsi qu'une division du travail dans le système des soins de santé. Cette « autre médecine » est supposée compléter la biomédecine sans toutefois questionner son hégémonie. (Frank, 2002). Mais, parler de médecine alternative, « c'est comme parler d'étrangers : les deux termes sont vaguement péjoratifs et font référence à de vastes catégories hétérogènes définies par ce qu'elles ne sont pas au lieu de ce qu'elles sont. » (OMS, 2002, p. 8) Les termes « alternatives et complémentaires » insinuent clairement un degré de subordination (Bombardieri et Easthope, 2000; Forte et Fraiz, 2002). Aussi, une étude (Vincent, 1994) démontre qu'utiliser MAC comme terme parapluie n'est pas pertinent car les utilisateurs de ces médecines se montrent judicieux quant à leur choix. En effet, il semble qu'ils perçoivent l'efficacité de chacune pour différents problèmes de santé et choisiront celle qui répondra le mieux à leur besoin.

Ainsi, « MAC » est principalement un terme qui sert le politique : ce qu'on y met varie selon les pays (Astin *et al.*, 1998) et, de même, les types particuliers d'interventions considérées comme alternatives vont probablement changer dans le temps et varier selon les régions. Pour ces raisons, certains préfèrent séparer les MNC – les systèmes médicaux complexes (whole systems) – des MAC, car ils présentent

un corpus de connaissances et de pratiques appliquées dans une action thérapeutique utilisant une approche de diagnostic et de traitement individualisés, dispensés par un praticien (Hendrickson *et al.*, 2006; Tovey et Broom, 2007; Verhoef *et al.*, 2002; Verhoef et Findlay, 2003).

SCHÉMA 1



Ainsi, nous choisissons MNC – médecine non conventionnelle – car ce terme a tendance à s'adresser davantage aux cinq pratiques de santé les plus utilisées et les plus reconnues à travers le monde (Fisher et Ward, 1994; Zhang, 2000) et considérés comme des systèmes médicaux complexes (Taillefer, 2007). Mais aussi parce que le point de référence reste jusqu'à aujourd'hui, la médecine considérée comme « conventionnelle » (MC) et se réfère à la biomédecine dans le discours scientifique et particulièrement celui de la sociologie de la santé ou la sociologie médicale.

Le mot « *conventionnel* » est emprunté en 1453, au dérivé bas latin *conventionalis*, « résultant d'un accord réciproque » en droit. Il a suivi la même évolution que *convention*, passant de l'usage strictement juridique à l'usage général, pour « admis par l'usage en vertu de conventions », d'où par extension « habituel dans une société ou un milieu donnés » et, péjorativement, « banal ». La source est donc juridique et rejoint l'idée de « médecine officielle » (Le Robert, 2000) : qui émane d'une autorité reconnue, constituée (gouvernement, administration) et met en évidence le caractère social et légal (une décision de société) qui légitime le pouvoir de la médecine ici appelée « conventionnelle ». D'ailleurs, c'est le terme « *médecine non conventionnelle* » (MNC) qui a été retenu par la Commission européenne de Bruxelles pour qualifier les pratiques comme la médecine homéopathique, qui font l'objet d'une reconnaissance progressive en Europe depuis les années 1990. En Belgique, en Inde, en France, en Norvège, en Allemagne ou en Italie par exemple, la population qui utilise une MNC choisit principalement la médecine homéopathique ainsi que l'acupuncture, l'ostéopathie, la chiropraxie et l'herboristerie, qui sont les cinq principales MNC reconnues dans la littérature car elles sont organisées professionnellement et constituent des systèmes médicaux distincts (House of Lords, 2000; Kaptchuk et Eisenberg, 2001b; Menniti-Ippolito *et al.*, 2002; Roberti di Sarsina, 2007; Zhang, 2000; Zollman et Vickers, 1999).

Mais le terme MNC ne veut pas dire, comme certains le laissent entendre, que ces systèmes ne possèdent pas de conventions internes ou qu'elles sont rares (Druss et Rosenheck, 1999; Frank, 2002). Malgré leur popularité, les MNC restent non conventionnelles car elles ne jouissent pas des mêmes conventions - sociales, légales et administratives - que la MC. D'ailleurs, une situation semblable sur la terminologie existe entre les mots : clients, consommateur de soins, patient, usager. Il faut souvent choisir entre un terme chargé d'autorité ou de valeur économique¹⁰. Il en est de même pour la terminologie de la médecine conventionnelle (MC) où l'emploi des termes biomédecine, allopathie, médecine officielle ou orthodoxe, peuvent être utilisés tour à tour. Leur usage dépend aussi de l'intention des auteurs.

Nous retiendrons donc, dans la recension d'écrits, les informations qui touchent les cinq MNC citées plus haut comme disciplines majeures et qui, par ailleurs, ne constituent pas non plus un ensemble homogène de médecines. Mais notre recherche portera spécifiquement sur la médecine homéopathique.

1.2 QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES SUR LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE

La présence de la médecine homéopathique dans le monde n'est pas un phénomène nouveau (Coulter, 1973, 1975, 1980; Fournier, 1999; Jonas, 2000; Jütte, 2006; O'Connor, 2003; Robitaille, 1992; Wallis et Morley, 1976). Les homéopathes, comme les herboristes et les acupuncteurs, ont toujours été une importante ressource professionnelle pour les gens, dans leur pratique de santé. Nous présenterons d'abord quelques repères historiques qui nous permettront d'entrevoir la complexité des

¹⁰ En général, en homéopathie au Québec, dans la relation thérapeutique, c'est le terme « client » qui est utilisé. Bien que nous ne soyons pas tout à fait à l'aise avec le terme « patient » et ce qu'il peut sous-entendre socialement, nous choisirons de l'utiliser pour une raison pratique car c'est lui qui est le plus commun dans la littérature autant en MC qu'en MNC et ne portera pas à confusion. Mais la question de cette terminologie demeure ouverte.

intérêts en jeu autant pour la MC que pour la médecine homéopathique pour ainsi mieux cerner la dynamique en cause et comprendre la fragile place de l'homéopathie aujourd'hui ainsi que le scepticisme (ou l'ignorance) qui persiste à son égard.

La médecine homéopathique naît en 1796, en pleine époque des Lumières, suites aux travaux d'un médecin et chimiste allemand, Christian Friedrich Samuel Hahnemann (Meissen, 1755-1843). Bien avant lui, Hippocrate (460-377 av. J.-C.), présenté aujourd'hui comme le père de la médecine, avait déjà évoqué le principe thérapeutique selon lequel le rôle du médecin est d'aider la nature en utilisant des gestes ou des médicaments agissant dans le même sens (*similia similibus*). Mais ce sont les travaux d'Hahnemann (Fournier, 2009; Haehl, 1992; Hahnemann, 1842) qui ont permis d'organiser et de définir les normes de la médecine homéopathique. L'homéopathie a continué, selon de nombreux auteurs (Bastide et Lagache, 1997; Colin, 2006; Coulter, 1973b, 1975, 1980; Fournier *et al.*, 2002; Lagache, 1988, 1997b;), à être l'un des plus importants apports à la rationalisation de la médecine dans une époque où cette dernière n'arrivait plus à avancer, où la saignée et de puissants poisons étaient encore utilisés. On a déjà oublié, avec ces dernières méthodes craintes par la population, que les gens mourraient davantage de leur traitement que de leur maladie (Campbell, 1984; Coulter, 1975).

C'est donc à la fin du XVIII^{ème} siècle que Hahnemann ouvre le champ de la médecine expérimentale en affirmant qu' « il y a trois façons d'appliquer un remède au soulagement des désordres de l'organisme. La première (...), enlever ou détruire la cause de la maladie, c'est le traitement préventif. La seconde et la plus commune, *contraria contrariis*, guérir par les contraires, tel le traitement palliatif de la constipation par des laxatifs. (...) [La troisième] on doit, imiter la nature qui, parfois, guérit une maladie chronique par l'apparition d'une nouvelle maladie. On doit, pour soigner une maladie (...), employer ce remède qui est capable de stimuler l'apparition d'une autre maladie produite artificiellement aussi semblable que possible; et celle-là

sera guérie – *similia similibus* – les semblables par les semblables », l'homéopathie (Hahnemann, 1796). Là naissait une nouvelle approche médicale, élaborée par la suite plus précisément à travers diverses étapes de recherche au fil des ans (période expérimentale et conceptuelle). Elle fut inspirée par le paradigme de la force vitale et non de celui du mécanisme-matérialisme. Cette approche médicale sera basée sur trois principes (similitude, infinitésimalité/dynamisation et individualisation) où l'expérimentation sur l'homme sain de substances ayant un potentiel curatif, se démarque de la médecine qui soigne « par les contraires », l'allopathie. (Fournier, 1993).

Hahnemann convertira un grand nombre de médecins allopathes dans ses rangs et la pratique de la médecine homéopathique se répandra à travers l'Europe et ailleurs dès le début du XIX^{ème} siècle¹¹, en Autriche, en Hongrie, aux États-Unis, au Brésil, en Italie, en Russie, en Belgique, en Pologne, en Suède, en Angleterre, en Espagne, en France, en Suisse, aux Pays-Bas, au Québec et Canada. Cette expansion de l'homéopathie dans le monde est souvent expliquée par ses succès thérapeutiques dans les grandes épidémies¹² qui sévissaient à la suite des piètres conditions sanitaires et des conflits de guerre (Fournier, 1993; Winston, 1999, 2006). Certains auteurs (Cook, 1981; Haehl, 1992) ajoutent aussi le facteur de « la filière royale » à son expansion mondiale. En effet, un grand nombre de ducs et de duchesses, de barons et

¹¹ Elle se répandra à travers la pratique des homéopathes autour de 1817-1825 dans la majorité des pays mentionnés, vers 1840 pour le Québec et 1850 pour le Canada.

¹² En effet, on n'a pas pu occulter son efficacité, soulignée par les historiens, pendant les grandes épidémies (le typhus de 1813, le choléra de 1831, 1854 et 1932, la fièvre jaune de 1850-1865 et la grippe espagnole de 1918) (Coulter, 1973b; Treuhertz, 1995; Winston, 1998, 2006), ni sa popularité auprès de grands personnages de l'histoire (Ullman, 2007) et ni ses succès quotidiens auprès de la population (Campbell, 1984; Coulter, 1975; Dinges, 2002).

de baronnes, de rois et de reines¹³ furent soignés au XIX^{ème} par les homéopathes et offrirent un certain protectorat à l'homéopathie (Fournier, 1993).

Si la médecine homéopathique s'étend dans les pays européens à partir des années 1810, elle aurait été introduite aux États-Unis vers 1825. La première institution homéopathique d'enseignement a vu le jour en Pennsylvanie en 1835. Au tournant du XX^{ème} siècle, il existait une certaine pluralité médicale (Kaptchuk et Eisenberg, 2001) et près de 10 % des médecins américains étaient homéopathes, dont un grand nombre de femmes (Squier, 1995; Taylor Kirschmann, 1999). Une vingtaine de collèges et plus de cent hôpitaux homéopathiques¹⁴ existaient alors aux États-Unis. Ce nombre d'hôpitaux homéopathiques, à la fois supportés par l'État et par le privé, augmenta considérablement jusque dans les années 1910 (Winston, 1999).

Cependant, au début du XX^{ème} siècle, suite à certaines avancées médicales – notamment la théorie du mécanisme des maladies, la théorie du germe de Pasteur, les techniques antiseptiques, la découverte de l'anesthésie et des antibiotiques – la MC va acquérir la crédibilité qui lui permettra de déloger graduellement tous les autres courants médicaux.

Selon de nombreux auteurs (Illich, 1975; Kellener *et al.*, 2006; Saks, 1995, 2000, 2001, 2003), la MC qui constitue aujourd'hui le système de santé officiel, a obtenu son hégémonie sociale et politique non seulement à cause de ces succès

¹³ C'est encore aujourd'hui le cas pour Élisabeth II, la reine du Royaume-Uni (qui a son médecin homéopathe assigné) et sa lignée, et ce, depuis la reine Adelaide qui fut soignée en homéopathie par le Dr. Stapf en 1834 (Cook, 1981; Fournier, 1999).

¹⁴ Pour un historique des hôpitaux homéopathiques dans le monde (Pays-Bas, Allemagne, Royaume-Uni, Israël, Brésil, États-Unis, Mexique) voir *Conference of the International Network for the History of Homeopathy* (INHH), Stuttgart, July, 2007 <http://www.igm-bosch.de/f6rb.htm>

thérapeutiques, mais surtout grâce à son alliance avec l'État, où elle a pu garantir sa domination par le politique et non le scientifique (Dussault, 1985; Saks, 2002).

En effet, au milieu du XIX^{ème} siècle, on utilisait les mêmes arguments qu'aujourd'hui pour justifier son autorité, comme l'argument selon lequel on supposait la supériorité d'un savoir pour éliminer les autres pratiques de santé. C'était déjà au nom de la « science », du « scientifique » (Peschier, 1833, p. IV, dans Fournier, 2009) que se défendait le monopole de la MC sur la santé (Haehl, 1922, p. 209, dans Fournier, 2009). On s'opposait au recours à l'homéopathie - sans l'avoir jamais étudiée - prétextant un risque pour le patient si on omettait des traitements médicaux de l'époque, comme la saignée (Coulter, 1975; Fournier, 2008, 2009). On prétendait qu'elle éloignait, des médecins, « une clientèle vers lesquels elle devrait se diriger et leur [causait] ainsi un tort » (Séror, 2001, p. 36 sur un procès de 1847). Aujourd'hui on craint encore que le recours à la médecine homéopathique n'empêche ou ne ralentisse l'accès aux services de soins conventionnels (Adams, 2004; Ernst, 2001; Robinson, *et al*, 2007). Au contraire, plusieurs études démontrent que le recours à la médecine homéopathique n'exclue pas le fait de consulter en MC (Goldstein, 2004).

À l'époque, il y avait également, pour les médecins de MC, un privilège assuré par la loi et déjà un monopole médical (Séror, 2001) conféré par l'autorité monarchique (Gauthier, 2007). Cette attitude semble loin de la démarche scientifique en médecine qui se doit d'étudier tout ce qui peut avoir un potentiel de signification clinique et de valeur thérapeutique (Swayne, 2008) pour les soins de santé : on ne concédait même pas cette démarche aux autres fournisseurs de soins de santé comme les homéopathes et cela a encore lieu aujourd'hui. Tout le discours se basait sur des suppositions théoriques et non scientifiques (Fournier, 2009). Ainsi, les campagnes menées par les associations médicales ont servi à justifier le contrôle d'un savoir et d'un champ de pratique passant par une formation permettant de formuler un diagnostic et de prescrire un traitement. La construction de la « science » (Harding, 1986; Khun,

1983) est très importante pour considérer la relation entre MC et médecine homéopathique dans la mesure où la première a utilisé ses propres bases scientifiques pour se distinguer d'une autre approche scientifique comme l'homéopathie (Saks, 1998). Voilà pourquoi il nous est possible de dire que la MC a pu garantir son monopole d'exercice en santé par le politique et le juridique et non par le scientifique (Dussault, 1985).

L'alliance de la MC avec l'État s'est renforcée avec la formation d'associations médicales professionnelles et lors du rapport Flexner de 1910 (Flexner, 1910; Saks, 2001; Winston, 1999) sur la formation médicale aux États-Unis et au Canada. Aux États-Unis, l'American Medical Association (AMA), désirant standardiser l'éducation médicale, a créé dès 1904 le Council on Medical Education (CME) pour promouvoir la restructuration des écoles. Ce conseil mandatera la Fondation Carnegie¹⁵ dont le président était un fervent défenseur de cette réforme en éducation, pour faire une enquête sur les écoles de médecines existante. En 1910, la Fondation choisira Abraham Flexner, enseignant et théoricien de l'éducation, comme responsable de cette recherche. L'étude qu'il a menée avait pour but d'examiner la formation médicale et les conditions de cet enseignement aux États-Unis. Elle donnera naissance à l'enseignement médical moderne (Beck, 2004). Ce rapport reconnaissait et autorisait la domination sociale d'une médecine scientifique orientée sur une approche physicochimique et pathologique du corps humain (Bellavite *et al*, 2005), ainsi que sur la recherche dans laquelle les sciences biologiques et l'entraînement en laboratoire devenaient le fondement de la connaissance médicale (positiviste, ou médecine scientifique). Ainsi, toutes les facultés de médecine qui

¹⁵ La Fondation Carnegie est un centre de recherche et de politiques pour l'avancement de l'enseignement, fondé en 1905 et qui a obtenu sa chartre par un acte du Congrès américain en 1906. Le rapport Flexner sera en partie financé par Rockefeller, un ami du président de la Fondation Carnegie, H. Pritchett (Beck, 2004; Berliner, 1976).

n'adoptaient pas ce modèle, ont été éventuellement éliminées (Berliner, 1976, 1984; Contandriopoulos, 1994; Taylor, 2004; Turner, 2003). Ce fameux rapport Flexner déclencha des changements majeurs dans l'éducation médicale et eu un impact autant en Europe qu'au Canada et ceci pénalisa évidemment fortement l'approche homéopathique. Par exemple, quarante-six écoles de médecine aux États-Unis furent fermées, incluant celles formant les femmes et la communauté noire, dont au moins 20 Collèges et Universités où s'enseignait la médecine homéopathique. Ainsi, après 1910, il ne restait qu'une quinzaine d'établissements et la plupart se sont éventuellement convertis en école allopathique ou ont carrément fermé leurs portes. Seulement deux enseignaient encore l'homéopathie en 1923.

Le discours scientifique de ce rapport a servi à étayer la puissance et le statut du rôle des praticiens de la MC. Aujourd'hui encore, la plupart des praticiens de la MC prétendent que leur système de connaissances, comme toutes les sciences pures, est supérieur à celui des praticiens des MNC (Foucault, 1963; Freund *et al.*, 2003; Lupton, 2000, 2003; Saks, 1998, 2003; Sévigny, 1998; Turner, 2003). La médecine homéopathique, peut-être parce qu'elle était considérée comme la plus menaçante adversaire, fut profondément affectée par ces développements. Les suites du rapport Flexner, compris dans le contexte plus large du positivisme, a permis d'établir les fondements du modèle médical dominant de la maladie établissant les conditions sociales pour l'établissement d'une relation où l'autorité clinique du médecin définit le rôle du malade.

L'existence et la continuité historique de cette médecine comme pratique de santé depuis le 19^{ème} siècle, malgré les controverses et les tentatives de censure¹⁶, témoigne

¹⁶ En 1855, alors qu'on cherchait à contrer le fléau de l'épidémie de choléra arrivée au Canada en 1854, le Collège royal des médecins et le Conseil médical du Canada empêchèrent que des statistiques ne parviennent à la Chambre des Communes. Ces données faisaient état des succès des homéopathes à Paris, Vienne et Edimbourg dans l'épidémie de

à la fois de sa capacité à représenter une menace pour la profession médicale et de sa capacité à répondre aux besoins de santé de la population.

Ainsi, bien que dans la période qui a suivi le rapport Flexner et les avancées de la MC, la popularité de la médecine homéopathique ai décru, elle se raviva autour de 1960, autant aux États-Unis que chez nous. Au Canada, en partie grâce à des mouvements sociaux comme celui du mouvement féministe et du mouvement écologiste qui ont permis une critique de la MC comme étant un agent de contrôle social par sa tendance à médicaliser chaque étape de la vie des gens (Illich, 1975; Lupton, 2003), la pratique de l'homéopathie est réapparue. En 1999, on comptait plus de 6 millions d'américains utilisant l'homéopathie (Ni *et al.*, 2002).

1.2.1 Au Canada

Le Canada sera, comme le Royaume-Uni, aussi soumis à la Common Law et la médecine homéopathique va faire son apparition en Ontario vers 1842 et au Nouveau-Brunswick vers 1856. Le premier hôpital homéopathique canadien, le Toronto Homoeopathic Free Dispensary, a ouvert ses portes en 1888. Puis vint le Toronto Homoeopathic Hospital en 1890. La première femme médecin était homéopathe; elle se nommait Emily Stowe¹⁷. Mais comme ailleurs dans le monde, les pressions de la profession biomédicale pour accaparer le marché de la santé aura aussi

choléra qui avait frappé l'Europe un peu plus tôt (Wanless, 1864, p.22, dans Fournier *et al.*, 2002). Le document de Wanless est disponible à la bibliothèque des Universités Laval et McGill.

¹⁷ Emily Stowe (1831-1903). Graduada du New York Medical College for Women en 1867, elle a fondé le Women's College Hospital à Toronto. On la connaît pour l'importance de son apport comme suffragette dans l'histoire de la lutte pour le droit de vote canadien pour les femmes, mais encore une fois, on mentionne très timidement sa profession d'homéopathe dans les bibliographies (Beacock Fryer, 1990).

comme conséquence l'abandon de la pratique homéopathique, marginalisée par l'orthodoxie. Dans plusieurs pays, le relais de la pratique homéopathique sera repris, comme ailleurs, dans les années 1970 par des praticiens non médecins, fort d'une formation donnée dans des écoles privées ayant souvent comme source des médecins européens venus partager leur savoir et assurer une continuité à la pratique de l'homéopathie.

1.2.2 Au Québec

Nous parlons de réémergence car au Québec, on entendait déjà parler d'homéopathie vers 1840, à travers le travail de médecins qui s'intéressaient ou pratiquaient même l'homéopathie. John Rosenstein, un immigrant allemand, obtint la permission de tester l'homéopathie à l'hôpital général de Montréal en 1844. L'expérience fut arrêtée à la demande des gouverneurs de l'hôpital, opposés à cette médecine. Il y eu aussi, Joseph Morrin, un autre médecin homéopathe de Québec, et Arthur Fisher, professeur d'anatomie à McGill. Aussi, PM. Bardy (1797-1869), un médecin de Québec, qui était devenu un adepte de l'homéopathie lors d'un voyage aux États-Unis en 1847, fit la promotion de cette médecine devant l'épidémie de choléra qui menaçait en 1854. Bardy eu une des plus importante pratique d'homéopathie au Québec et l'épidémie de choléra de 1854 lui avait donné l'occasion d'utiliser avec satisfaction cette médecine. Ces hommes, témoins de la difficulté d'intégrer l'homéopathie, ont tous été dénigrés et combattus par le pouvoir médical en place à l'époque.

Mais il fallut attendre 1863 pour que naisse le *Montreal Homoeopathic Association* (MHA) qui connu une reconnaissance légale par le gouvernement canadien en 1865¹⁸

¹⁸ Acte de Victoria 28, chapitre 59, p. 146, 1865, Acte pour incorporer l'Association Homéopathique de Montréal.

comme troisième corporation professionnelle après celles des avocats et des médecins. Le MHA fit fonctionner un dispensaire homéopathique pour les gens défavorisés de la ville pendant deux ans. La plupart des homéopathes du MHA étaient formés aux États-Unis. Sept femmes ont été membres du MHA et la dernière à obtenir sa licence fut Martha Graham Robson en 1961. Il y a eu aussi un hôpital homéopathique de 1894 à 1952, avenue McGill College puis rue Marlowe, le *Montreal Homoeopathic Hospital* (Fournier *et al.*, 2002) qui changea de nom en 1952 pour le *Queen Elizabeth Hospital*¹⁹. En 1895 on y ouvrait une école de nursing et en 1908, l'hôpital comptait 50 lits. Dans ses premières années d'existence, cet hôpital surpassait tous les registres dans le Dominion canadien²⁰. Comme les autres hôpitaux homéopathiques aux États-Unis, suite à la deuxième guerre et aux changements en médecine qui ont préconisé la standardisation des thérapies imposée par la structuration des établissements hospitaliers, plutôt que l'approche individuelle du malade, l'hôpital se transforma graduellement et devint en 1952 un hôpital allopathique (Fournier, 1995). La diffusion de la médecine homéopathique se faisait entre autres à travers le *Montreal Homeopathic Record*, un périodique qui fut publié de janvier 1897 à décembre 1904. L'autre journal était canadien, le *Canadian Journal of Homeopathy*. On peut souligner la présence, dans des institutions comme l'université McGill à Montréal, de collections imposantes de livres en médecine homéopathique²¹ qui laisse croire qu'il existe une présence historique d'un corpus littéraire scientifique disponible, quoique ignoré.

¹⁹ On peut encore voir sur l'édifice la plaque commémorative.

²⁰ Plusieurs médecins homéopathes réputés se sont partagés ce succès comme A. Griffith, J. Wanless, W.G. Nichol, M. Morgan, H.M., A.D. Patton et A. Fisher.

²¹ En 1842, un homéopathe montréalais du nom de Fargues, légua 6000 £ pour une Chaire en homéopathie à l'université McGill (Robitaille, 1992). Elle n'a pas vu le jour, mais l'actuelle collection de la Osler Library en est peut-être l'héritage. Voir aussi au sujet du corpus homéopathique : *Bibliographies homéopathiques au Québec et au Canada*. Une compilation rédigées par Fournier, D. (2002) disponible au Syndicat Professionnel des Homéopathes du Québec (www.sphq.org).

Ce bref survol de l'histoire et de la propagation mondiale de la médecine homéopathique et des homéopathes nous permet d'apprécier l'ampleur de son influence dans le champ des soins de santé, du début du XIX^{ème} siècle jusqu'au milieu des années 1950, soins qui étaient à la fois offerts par les médecins et largement utilisés par la population.

1.3 LA SITUATION SOCIOPOLITIQUE DE LA PRATIQUE DES HOMÉOPATHES DANS LE MONDE

1.3.1 La situation de la médecine homéopathique et des homéopathes aujourd'hui

La médecine homéopathique est reconnue comme une médecine efficace par l'OMS aujourd'hui (OMS, 2002; Ullman, 2006). L'OMS a d'ailleurs fait de la promotion des MNC, dont la médecine homéopathique, un de ses objectifs prioritaires et déterminants pour favoriser le développement des soins de santé de qualité à la population mondiale, notamment les populations les plus pauvres²² (OMS, 2002, p.51).

On connaît au moins 43 pays sur le continent européen où la médecine homéopathique se pratique dont les 25 pays membres de l'Union Européenne (UE) (ECCH, 2006). Entre un cinquième et un quart de tous les citoyens de l'Union

²² L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu ces développements en préparant un rapport sur les données probantes (evidence based) de l'homéopathie. La conférence de 2006 du London Homoeopathic hospital a fait époque car pour la première fois un représentant de l'OMS, Xiaorui Zhang, envoyait une présentation sur un rapport positif qui sera publié sur l'homéopathie par l'OMS (De Herdt, 2006; Ullman, 2006). « Ce rapport fournira la vue d'ensemble la plus compréhensive sur les données à ce jour. Il est probable que cela stimulera les gouvernements nationaux et les organismes internationaux à adopter des politiques qui définiront le rôle de l'homéopathie dans l'amélioration de la santé pour le XXI^{ème} siècle et serviront à catalyser l'expansion globale de l'homéopathie ». The Royal London Homoeopathic Hospital <http://www.rlhh.org.uk/conference/index.html>

Européenne (UE) l'utilise régulièrement: elle est une des MNC les plus employées dans les pays occidentaux (Fisher et Ward, 1994; Harris et Rees, 2000; Steinsbekk, 2005), soit la plus utilisée dans 5 pays sur 14 en Europe et une des trois plus populaire dans 11 pays sur 14 (ECCH, 2006). Assez curieusement, cette popularité n'est pas freinée par le statut d'illégalité qui frappe la médecine homéopathique dans certains pays, où elle est aussi beaucoup utilisée (Lannoye, 1997). « L'argument souvent avancé selon lequel les thérapeutiques en cause sont insuffisamment éprouvées et mettent donc en péril la santé des patients ne tient pas. D'une part, aucune de ces thérapeutiques (MNC), dès lors qu'elle est correctement appliquée, ne présente de risque important, ce qui n'est pas le cas de l'allopathie ; d'autre part, on²³ ne voit pas pourquoi l'expérience acquise dans les pays les plus libéraux ne peut pas profiter à tous. La démarche qui consiste à regarder dans les différents pays voisins est élémentaire ; dès lors qu'une thérapeutique est reconnue sous l'une ou l'autre forme (commercialisation des médicaments, organisation d'un enseignement, reconnaissance du titre et de la pratique) dans un État membre de l'UE ou dans un pays disposant de moyens scientifiques d'investigation modernes, il s'impose de lui accorder au minimum un préjugé favorable. Il est clair qu'il sera de plus en plus difficile de rester sourd face à une telle demande et de continuer à écouter un establishment médical campant sur ses prérogatives et sur des certitudes démenties chaque jour par les faits » (Lannoye, 2002, p. 3).

Selon les pays, la médecine homéopathique est soit interdite, tolérée, reconnue et réglementée, et même intégrée et remboursée par le système public de santé.

²³ Paul Lannoye est un député du parlement européen qui a travaillé depuis 1992 à la reconnaissance des MNC et a été l'instigateur du *Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles* de la Commission de l'environnement, de la santé publique et la protection des consommateurs au Parlement européen, en 1997.

Il est difficile d'obtenir des chiffres précis sur le nombre et le type de praticiens (médecin ou non médecin) en médecine homéopathique dans le monde à cause de la variabilité des situations légales selon les pays (Fisher et Ward, 1994). Cette variations des situations légales et politiques donne une conjoncture où les citoyens de chacun des pays d'Europe et d'Amérique n'ont pas les mêmes droits et possibilités en santé (ECCH, 2006), ce qui va à l'encontre des principes de bases de ces pays et des recommandations de l'OMS (OMS, 1998). Pourtant, au sujet de l'accès à un homéopathe, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe reconnaissait, en 1999, que dans le futur, les MNC pourraient être pratiquées par des médecins de la MC et par tout praticien non médecin dûment formé et qu'une personne pourrait consulter une ou l'autre soit par référence ou de son propre gré (Council of Europe, 1999).

Du côté de l'Amérique, en dehors des États-Unis et du Canada, on retrouve des homéopathes, médecins et non-médecins au Brésil, en Colombie, au Costa Rica, au Guatemala et au Honduras. On retrouve également une importante pratique homéopathique au Mexique, où l'hôpital homéopathique de Mexico existe depuis cent ans, mais encore plus au Venezuela et en Argentine (2000 homéopathes dont moins du tiers sont médecins), où la pratique remonte au début du siècle dernier. On y a maintenu la tradition²⁴ par l'enseignement et la recherche.

Si on regarde de l'autre côté de l'atlantique, l'enquête la plus récente sur la situation en Europe (ECCH, 2006) présentant des données de 42 pays sur 43²⁵ (les données sur

²⁴ Selon Fournier *et al.* (2002, p. 8), en Argentine « la réalité homéopathique a été bâtie par des homéopathes devenus célèbres » comme Thomas Paschero et Francisco Eizayaga « dont les travaux et les recherches sont bien connus des homéopathes à travers le monde ».

²⁵ Ces pays sont : l'Albanie, l'Arménie, l'Autriche, la Biélorussie, la Belgique, la Bosnie- Herzégovine, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, la République Tchèque, le Danemark,

la Moldavie étaient inaccessibles) révélait que dans tous ces pays, les patients avaient accès à des traitements en médecine homéopathique, par référence d'un médecin ou par eux-mêmes, soit pour consulter des homéopathes médecins ou non médecins selon la situation juridique. Il est légal de pratiquer comme homéopathe non médecin dans 21 pays incluant 14 des 27 pays membres de l'UE et illégal de pratiquer sans être médecin ou reconnu comme professionnel de la santé dans 17 pays incluant 9 membres de l'UE. La situation reste vague dans 4 pays. En Allemagne, la médecine homéopathique peut être pratiquée par un médecin ou un *Hilfpraktiker*. Introduit en 1939 sous la *Common Law*, un règlement autorise les praticiens en homéopathie qui ne sont pas membres d'une profession de la santé reconnue de pratiquer à condition qu'ils aient passé un examen donné par les autorités de la santé et les remèdes homéopathiques sont inclus dans la pharmacopée nationale (Lannoye, 2002). À la fois en Allemagne et au Royaume-Uni, il y a cohabitation de praticiens médecins et non médecins en homéopathie. (ECCH, 2006; Fournier *et al.*, 2002). En Grande-Bretagne et en Irlande, il est légal de pratiquer comme homéopathe non médecin qualifié sauf pour des limitations mineures imposées par certaines lois, présentes aussi dans 24 des 42 pays étudiés. Il existe une certaine réglementation gouvernementale dans 14 des 42 pays limitant soit les traitements, soit la pratique, soit les praticiens. Par exemple, la Belgique, le Danemark, l'Allemagne, l'Islande et la Norvège ont réglementé de façon positive la pratique de la médecine homéopathique.

l'Estonie, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, la Hongrie, l'Islande, l'Irlande, Israël, l'Italie, la Lettonie, le Liechtenstein, la Lituanie, le Luxembourg, le Pays de Malte, la Moldavie, les Pays-Bas, la Norvège, la Pologne, le Portugal, la Macédoine, la Roumanie, la Russie, la Serbie et Montenegro, la Slovaquie, la Slovénie, l'Espagne, la Suède, la Suisse, le Turquie, l'Ukraine, le Royaume-Uni. Voir aussi *The hidden roots : A history of homeopathy in northern, central and eastern europe*, R. Jütte, 2006.

Aussi, des pays en voie de développement peuvent représenter une précieuse référence pour illustrer les effets de l'intégration de l'homéopathie au système de santé. La Malaisie, par exemple, a établi en 2000 un conseil constitué de cinq organisations parapluie représentant les systèmes de santé traditionnels malais, chinois, indien, les MAC et la médecine homéopathique! Ce conseil reconnaît, accrédite et enregistre leurs propres praticiens tout en développant des programmes de formation standardisés et des codes d'éthique (Bodeker, 2001).

Il y a aussi des pays où seuls les professionnels de la santé ayant un statut légal (parfois que des médecins, parfois que des praticiens en homéopathie) (12 pays) ont un droit de pratique. Il y a des pays où les professionnels de la santé ayant un statut légal n'ont pas le droit de pratiquer l'homéopathie (par exemple en Slovénie) et il y a des pays qui possèdent des lois spécifiques pour la pratique des MNC. Par exemple, la Belgique, comme le Portugal, a reconnu légalement 4 MNC dont l'homéopathie et seuls les praticiens (médecins ou non) ayant complété le programme de formation approuvé par l'État peuvent pratiquer. Les traitements en médecine homéopathique sont disponibles à l'intérieur des systèmes de santé publics de 10 pays, sont gratuits (entièrement ou partiellement) dans 5 pays et sont remboursés (traitements ou remèdes) dans 14 pays soit par l'assurance maladie nationale (7 pays) ou par une assurance privée (11 pays) (ECCH, 2006). (Voir annexe A (A.1) pour plus de détails sur les différents systèmes de santé dans le monde.)

1.3.1.1 Au Canada

Au Canada, où les soins de santé non conventionnels ne sont pas couverts par le système de santé, les rapports estiment qu'au moins 3.3 millions de gens ont eu recours à des soins de santé non conventionnels en dehors de l'établissement médical en 1995. Il est estimé qu'ils avaient dépensé environ 5,6 milliards de dollars non

remboursés par les régimes d'assurance-maladie provinciaux entre 2005 et 2006 (Esmail, 2007; Statistics Canada, 1995; Wellman, *et al*, 2001).

Il y aurait au Canada 1 700 homéopathes professionnels réunis dans une vingtaine d'associations (Fournier *et al.*, 2002). Mais la médecine homéopathique au Canada commence à peine à se faire une place dans le système de santé. Après plusieurs tentatives faites en Ontario (Kelner *et al.*, 2006), ce n'est que très récemment que le gouvernement McGuinty a réglementé de nouvelles professions de praticiens non médecins, dont celle des homéopathes. En février 2005, le ministre ontarien demandait au Conseil Consultatif de Réglementation des Professions de la Santé d'étudier la loi afin de déterminer les modifications possibles « [visant] l'innovation dans les soins de santé publics [...] »²⁶. En juin 2007, le *Projet de loi 171* était sanctionné. La *Loi de 2007 sur les homéopathes (Annexe Q)* définit l'exercice de l'homéopathie et réserve également le titre d'homéopathe aux membres de l'Ordre des homéopathes de l'Ontario (Assemblée Législative de l'Ontario, 2007).

Le gouvernement fédéral a réglementé les remèdes homéopathiques depuis 2004 (Santé Canada, 2004). Mais la réglementation des praticiens reste sous la juridiction des provinces. La majorité des provinces ne réglementent pas du tout. Seuls les chiropraticiens ont acquis une auto-réglementation dans toutes les provinces (Boon, 2002; Kelner et Wellman, 2003). Une enquête canadienne (Fournier et Taillefer, 2002) a mis en lumière la réalité de 19 organisations membres de la Coalition Canadienne de Médecine Homéopathique (CCMH). Cette enquête démontre à la fois les différents aspects légaux et la reconnaissance professionnelle des praticiens selon les provinces, et la singularité de la situation québécoise avec la répression qu'exerce

²⁶ www.newswire.ca/en/releases/archive/May2006 (p. 1) et www.health.gov.on.ca

le monopole biomédical et la loi médicale (Goulet, 2004). L'enquête de 2002 souligne également la présence de recherches en homéopathie.

1.3.1.2 Au Québec

Depuis la réémergence de la médecine homéopathique en Amérique du Nord depuis le début des années 1970 (Aung *et al.*, 1997; Crellin *et al.*, 1986; ECH, 2004; Dixon, 2000; Kelner et Wellman, 1997; OMS, 2002; Saks, 2003; York University Center for Health Studies, 1999), il existe un débat social autour de la contribution de cette pratique dans le réseau de la santé (Boon *et al.*, 2004; Cant et Sharma, 1999; CCRPS, 2006; Clair *et al.*, 2000; Collin *et al.*, 2005; Côté, 1990; Damiani, 1995; Kelner et Wellman, 2003; Kelner *et al.*, 2003; Kelner *et al.*, 2006; Rochon, 1988; Willison *et al.*, 2005). Ce débat ne semble pas trouver facilement d'écho auprès des décideurs du réseau de la santé.

On compte près de 300 homéopathes professionnels chez nous. Même si, au Québec, la Charte des droits et libertés accorde à chaque québécois le droit à la thérapeutique de son choix et que le droit à un traitement homéopathique fait partie de ce droit (Larocque, 1998), aucun gouvernement n'est intervenu pour permettre la réglementation de la pratique de l'homéopathie. Les praticiens eux-mêmes ont du s'organiser pour encadrer leur profession, puisque n'importe qui pouvait faire n'importe quoi. En 1989, les homéopathes créaient le Syndicat Professionnel des Homéopathes du Québec (SPHQ), affilié à la Fédération des professionnelles (FP) de la Confédération des Syndicats Nationaux (CSN). Ce syndicat se dotait d'un code de déontologie, des statuts et règlement, de normes de formation dans un cursus de quatre ans (étant affilié à l'International Council for Classical Homeopathy – ICCH - en Europe pour rencontrer la rigueur de leurs normes), d'un comité de surveillance professionnel afin d'assurer la gestion des plaintes de la part de la population. Depuis,

ils se sont munis d'une politique d'éthique sur la recherche en homéopathie (Taillefer *et al.*, 2004) et d'un profil de compétences nécessaires à la pratique de l'homéopathie, en vue d'une formation universitaire (Cloutier et Dubois, 2003). Ces démarches ont été faites dans le but de protéger le public face à des praticiens insuffisamment formés se réclamant du titre (non réservé) d'homéopathe. Depuis 1989, le paysage juridique et politique n'a pas changé et le gouvernement québécois n'est toujours pas intervenu pour régler la profession.

Les remèdes homéopathiques sont vendus au même titre que les autres médicaments (enregistrement des DIN, lignes directrices des Bonnes Pratiques de Fabrication, normes d'étiquetage, reconnaissance des grandes pharmacopées – États-Unis, Allemagne et France et normes de preuves). Ils sont disponibles à la population à travers le réseau des pharmacies fournis par les grands laboratoires homéopathiques (par exemple Boiron, UNDA, Reckweg, Hélios, Heel, Homéocan, Homéodel, Phytosanté et Thompson) et une quinzaine de compagnies d'assurances personnelles remboursent les honoraires de consultation et les remèdes homéopathiques (Larocque, 1998). De leur côté, les pharmaciens sont autorisés à vendre les remèdes homéopathiques mais leur code de déontologie leur interdit la pratique de l'homéopathie bien que plusieurs aient suivis une formation de quelques heures offerte par certains laboratoires, et conseillent leur clientèle sur l'emploi de certains remèdes homéopathiques pour certains problèmes de santé. Aussi, quelques médecins pratiquent l'homéopathie malgré l'interdiction de leur code de déontologie et les sanctions possibles du Collège des médecins (Larocque, 1998). Les médecins vétérinaires sont les seuls à permettre à leurs membres de pratiquer l'homéopathie vétérinaire mais aucune norme de formation ni aucune réglementation n'encadre leur pratique.

Ne sommes-nous pas ici, toujours dans une contradiction ? Alors que l'homéopathie est légale en tant que vente de remèdes, la pratique de la médecine homéopathique

par des praticiens ne l'est pas en regard de la loi médicale et du code des professions (Fournier *et al.*, 2002). Les homéopathes non médecins ont tenté d'obtenir le droit de pratique mais ont perdu leur cause type en 1998. Néanmoins, une entente tacite avec la corporation des médecins de non poursuite pour pratique illégale de médecine, à condition qu'ils n'émettent pas de diagnostic, a permis une certaine tolérance. S'ils n'ont pas de reconnaissance légale, les homéopathes payent toutefois des impôts comme profession inscrite au ministère du revenu et les taxes provinciales et fédérales sont prélevées sur leur service. Ainsi, nous l'avons dit, même si l'efficacité de certaines MNC dont l'homéopathie, est reconnue au Québec, par le public et par certains chercheurs pour des pathologies ciblées (Chabot et Sévigny, 1991), le milieu de la MC n'est pas prêt à reconnaître les praticiens de ces MNC (Ordre des pharmaciens du Québec, 1993) et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ne rembourse aucun traitement non conventionnel. La compétence des praticiens n'est pas reconnue officiellement.

Ainsi, malgré le caractère démocratique et le pluraliste de notre société, il semble ne pas y avoir de consensus entre, d'une part l'État et ceux qui détiennent le monopole du système de soins c'est-à-dire les médecins et, d'autre part, la population, en ce qui concerne la pratique des MNC (Contandriopoulos, 1996). Une étude canadienne (Kelner, *et al.*, 2004) a identifié les tensions fondamentales qui existent entre les différents niveaux de gouvernement, le public et les divers professionnels de la santé à ce sujet. Sans réglementation, le mandat du gouvernement en ce qui concerne la protection du public entre en conflit avec l'obligation de répondre aux pressions des consommateurs pour avoir accès aux MNC. La sécurité, l'efficacité et le contrôle des coûts demeurent les arguments principaux pour la lenteur de leur réponse à mettre place une réglementation. Comme nous l'avons dit, au Québec, comme dans les 43 pays de l'Europe où se trouve l'homéopathie, il existe historiquement une pratique médicale homéopathique bien établie (Winston, 1999, Martel, 1998, Freund, 2003, OMS, 2002, Fournier *et al.*, 2002, Cant, 2003) qui n'a pas sa part de privilège dans le

réseau de la santé malgré le désir de la population (MSSS, 1992, Dixon, 2000, Clair, 2002²⁷). L'homéopathie ne jouit donc d'aucune reconnaissance politique ou juridique. (Voir l'annexe A (A.2) pour plus d'informations sur la situation de la professionnalisation de la médecine homéopathique.)

1.4 LES PROBLÈMES DE LA RECHERCHE EN MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE

Malgré l'incessante controverse scientifique qui entoure la légitimité de la médecine homéopathique, cette dernière n'est pas un nouveau domaine de recherche. Les premiers essais cliniques ont été inventés tout d'abord par les homéopathes. Le premier rapporté dans la littérature homéopathique, a été mené en 1821 à l'hôpital de la Charité à Berlin par E. Stapf, élève d'Hahnemann²⁸ et des études en double aveugle avec des remèdes homéopathiques furent ensuite dirigées en 1834, à l'Hôtel Dieu de

²⁷ Commentaires de la population à la Commission Clair : - sur l'organisation des services : « (...)Les pratiques professionnelles doivent être revues, en regard principalement (...) de l'ouverture aux pratiques alternatives. ». - sur le financement du système de soins : « Réinvestir massivement dans les domaines de la promotion et de la prévention de la santé », (la Commission Clair rappelle que, pour les gens, la prévention est un thème majeur à considérer dans la répartition budgétaire des services. La population inclut l'emploi des pratiques alternatives dans la prévention.) « Permettre l'accès aux médecines alternatives, sous forme d'un crédit d'impôt » et « Élargir la gamme des services de santé assurés (assurance-maladie), ce qui devrait inclure notamment les médecines douces et les thérapies alternatives. » Ce qui a amené la Commission Clair à proposer « un mécanisme de concertation pour conseiller sur l'organisation des services sous forme d'un conseil territorial; celui-ci réunirait autant des professionnels des établissements de santé et de services que des professionnels de pratique privée et des praticiens de médecine alternative »! (pp.272, 284, 285, 306 et 310) (dans Fournier, 2002).

²⁸ *L'homéopathie : approche historique et critique et évaluation scientifique de ses fondements empiriques et de son efficacité thérapeutique*, Jean-Jacques Aulas, Éditions Médicales Roland Bettex, Paris, 1985, p.149-150. « Celui-ci aurait soigné et guéri quelques malades chroniques. Devant ces succès, la Commission chargée du contrôle des résultats aurait arrêté l'expérimentation et n'aurait pas autorisé la publication des observations favorables à la nouvelle thérapeutique. » Et que dire du succès remporté par Hahnemann en 1814 face à l'épidémie de typhus et en 1831-32, contre l'épidémie de choléra (Coulter, 1973b).

Paris (Kaptchuk, 1998) puis au début des années 1900 par Bellows (1906), avant ceux en MC. C'est ce qui laisse croire que cette médecine était devenue le défi le plus sérieux et le plus controversé pour la MC de l'époque par sa popularité et ses succès thérapeutiques, entre autres et surtout pendant les grandes épidémies où les gains des homéopathes, quoique impressionnants, ont été ignorés autant par les historiens que par les médecins et chercheurs du milieu conventionnel (Coulter, 1973b; Fournier *et al.*, 2002; Winston, 1998, 2006). Depuis, il y a eu une constante évolution en recherche homéopathique. La longue tradition pathogénésique²⁹ en recherche fondamentale a rendu de grands services aux populations (Heahl, 1992, Winston, 1998). Selon les homéopathes, la similitude des symptômes entre ceux provoqués par le remède et ceux présentés par le malade est garante de l'efficacité et de l'innocuité d'une substance homéopathique.

Mais la controverse qui entoure la reconnaissance de la médecine homéopathique se situe surtout autour de la question, souvent décisive, du paradigme utilisé en recherche. Il est commun, dans les réseaux de recherche conventionnels, de parler de l'importance d'établir la sécurité et l'efficacité par la méthode scientifique, avant qu'une MNC soit acceptable aux yeux de la MC et du public. Selon Best et Glick

²⁹ « La pathogénésie ou l'essai d'une substance sur l'homme sain, constitue le cœur même de la recherche homéopathique. En effet, les résultats de la pathogénésie – soit l'ensemble des signes et symptômes objectifs et subjectifs développés chez une personne saine pendant l'essai d'une substance – sont l'essentiel de ce qu'on doit savoir, selon les homéopathes, des capacités thérapeutiques d'une substance. La substance essayée devient alors remède (quand elle est préparée selon la pharmacologie homéopathique). Dans le cours d'un traitement où s'impose comme règle l'individualisation d'un cas, la correspondance des signes et symptômes d'un malade avec le portrait donné d'une pathogénésie suffit alors pour prescrire le remède; plus la ressemblance est similaire entre les symptômes de la pathogénésie et ceux du malade, plus efficace sera le remède. Cette similitude des tableaux pathogénétiques et des symptômes du malade est ce que les homéopathes nomment le diagnostic du remède. Ainsi le remède est à la fois l'outil diagnostique et l'outil thérapeutique, une telle indissociabilité étant exclusive et caractéristique à la médecine homéopathique » (Taillefer *et al.*, 2004, p. 23).

(2003), on discute peu du fait que les questions que nous posons et les méthodes que nous choisissons proviennent du réservoir de notre paradigme préféré. Pour eux, ceci revient à dire que les deux paradigmes les plus mis en contraste sont celui de réductionnisme/positivisme et celui de l'holisme/constructivisme social (Best et Glik, 2003).

Les outils des essais cliniques contrôlés, randomisés et en double-aveugle ne constitue qu'une méthode scientifique parmi plusieurs autres. Des traditions scientifiques aussi différentes que l'astronomie ou l'anthropologie n'utilisent pas ces méthodes (Best et Glik, 2003). De plus en plus, des disciplines comme la physique et la biologie, fondamentales à l'étude de la médecine, utilisent une nouvelle perspective de partenariat qui souhaite tendre vers la cohabitation des deux paradigmes. Même certains défenseurs du paradigme réductionniste reconnaissent qu'il y a des occasions où d'autres designs de recherche sont supérieurs (Gatchel et Maddrey, 1998; Levin *et al.*, 1997).

Depuis plus de 25 ans, un certain nombre de chercheurs scientifiques et universitaires (médecins, physiciens, épistémologues, immunologistes, psychologues, etc) ont étudié les mécanismes d'action des remèdes homéopathiques (Bastide, 1997, 2001; Bellavite et Signorini, 2002; Bernal, 1995; Boiron et Remy, 1990; Conte *et al.*, 2000; Gray, 2000; Endler et Schulte, 1994). Aujourd'hui leurs travaux aboutissent à une meilleure compréhension des mécanismes d'action du corps vivant face à la maladie (Halm, 2005).

Il existe une certaine volonté académique de former des réseaux de recherches multidisciplinaires en MNC (Lewith, 2005, 2005b; Lewith, *et al.*, 2006). Une des perspectives majeures du développement futur de la médecine homéopathique est que la recherche dans ce secteur représente certains défis pour le monde scientifique conventionnel, principalement celui de penser la recherche autrement car, comme le

note l'OMS, une des priorités de travail est « la recherche de nouvelles stratégies de recherche qui soient sensibles au paradigme des MNC » (OMS, 2002, p.27). La distinction faite précédemment entre les thérapies (MAC) et les systèmes médicaux complexes (MNC), nous est utile pour identifier les méthodes appropriées pour étudier la médecine homéopathique et la recherche sur les systèmes de santé. Comme le nom l'indique, ces systèmes tiennent compte de toute la complexité du vivant dans son environnement, tandis qu'on peut étudier une MAC comme la vitaminothérapie avec le paradigme réductionniste (Bastide *et al.*, 2005; Bellavite et Signorini, 2002; Bell *et al.*, 2002; Bell et Koithan, 2006; Koithan *et al.*, 2007; Lagache, 1997; Milgrom, 2004; Verhoef et Findlay, 2003; Walach *et al.*, 2006).

Selon une enquête britannique (House of Lords, 2002), malgré la quantité d'études sur le sujet, il semble que les scientifiques et les praticiens de la MC soient biaisés contre les MNC. Le directeur du Centre Cochrane du Royaume-Uni, Sir Lain Chalmers, avoue que plusieurs membres du monde médical orthodoxe sont d'emblée sceptiques à propos du désir d'augmenter l'utilisation et l'accès des MNC ou y sont ouvertement hostiles. Ce scepticisme semble en partie venir de la difficulté, à l'intérieur du courant dominant orthodoxe, d'appliquer plus d'un standard probant dans l'évaluation des effets des soins de santé (House of Lords, 2002). De leur côté, les défenseurs des MNC, et plus précisément ceux de la médecine homéopathique, insistent sur le fait que si un groupe donné est sceptique et possède des préjugés, le nombre d'études démontrant l'efficacité d'une médecine sera toujours insuffisant (Fisher, 2006; Steinbekk, 2005).

1.4.1 La situation de la recherche sur les MNC au Canada et au Québec

Au Canada

Au Canada, la situation de la recherche en MNC et encore plus en homéopathie, a eu un lent début. Il y a eu peu de chercheurs dans le domaine avant la fin des années 90. Comme nous l'avons vu, certains chercheurs se sont intéressés, comme ailleurs dans le monde, au profil des utilisateurs des MNC (Kelner *et al.*, 2003; Millar, 2001), à l'intégration des ces pratiques de santé dans la gestion des maladies chroniques (Willison *et al.*, 2005), à la MNC comme mouvement social et comme défi à la MC (Crellin *et al.*, 1998). D'autres ont tenté d'identifier la situation actuelle du savoir autour de ce sujet (Kelner *et al.*, 2003).

En plus des programmes de recherche sur les produits de santé naturels (Direction des produits de santé naturels - DPSN) de Santé Canada, dont les remèdes homéopathiques (recherche biomédicale, recherche sur la qualité des produits, recherche clinique), il existe maintenant depuis 2003, un réseau interdisciplinaire canadien de recherche sur les médecines alternatives et complémentaires, le *Canadian Interdisciplinary Network for CAM* (IN-CAM), financé par les IRSC et Santé Canada (Andrews et Boon, 2005; Lewith, *et al.*, 2006). Ce réseau a comme mission de créer un milieu de recherche international indépendant en établissant une banque de données probantes relatives à la compréhension et à l'usage des MNC. En 2007, IN-CAM a développé des partenaires dont le *Homeopathic research Network of Canada* (HomeoNet), dont la mission est de permettre des recherches en médecine homéopathique de grande qualité, d'encourager les homéopathes à développer des compétences en recherche, de fournir aux chercheurs du milieu académique et médical des ressources et de construire un partenariat entre les communautés de praticiens, les chercheurs et l'industrie (IN-CAM, 2008).

Au Québec

À la fin des années 1980 et au début des années 1990, il y a eu un certain intérêt académique pour l'étude des MNC. En 1985, on assistait à un colloque international sur les médecines douces organisé par L'Agora au Québec. La pertinence des thèses qui y furent défendues est encore plus manifeste aujourd'hui par l'ampleur du phénomène et son importance face aux maladies chroniques et aux épidémies (L'encyclopédie de l'Agora, 2006). Certains chercheurs (Damiani, 1995) ont aussi étudié la question de la formation et des types de pratiques des praticiens des MNC. À l'Université du Québec à Montréal, une Équipe de Recherche sur les Médecines Alternatives (ERMA) a publié au début des années 1990, des travaux en sociologie s'intéressant autant à la signification sociale du phénomène des MAC et des MNC, aux caractéristiques des utilisateurs, aux praticiens, à l'évaluation des articles scientifiques, qu'au cadre juridique de ces pratiques de santé (Chabot et Sévigny, 1991; Quéniart et Saillant, 1990). D'autres auteurs se sont également penchés sur le sujet des MNC, mais surtout des MAC, appelées à l'époque, « médecines douces » (Saillant *et al.*, 1990). Des chercheurs de l'Université Laval ont également produit des rapports de recherche sur le sujet (Rousseau *et al.*, 1987, 1990).

Plus récemment il y a eu la Chaire de recherche du Canada sur le pluralisme en santé, au département d'histoire de l'Université de Montréal depuis 2007, et celle pour l'avancement d'une approche intégrale en santé que l'Université Laval a lancé en 2002. On y fait des recherches sur les produits naturels comme le millepertuis (MAC), mais l'homéopathie (MNC) y est totalement absente.

En ce qui a trait aux publications dans l'histoire spécifiques de l'homéopathie au Québec, il y a eu la publication du journal homéopathique le *Homeopathic Recorder*, ainsi que la parution d'un ouvrage sur l'histoire de l'hôpital homéopathique de Montréal (Griffith, 1970). Pour les documents plus récents (articles publiés, thèses, mémoires, rapports de stage ou de recherche et enquêtes) nous avons relevés, soit du

milieu académique ou d'organisations professionnelles (Chabot et Sévigny, 1991; Côté, 1987; Damiani, 1995; Fournier, 1995, 1998, 2006, 2007, 2007b, 2009; Fournier et Taillefer, 2002, 2003; Fournier *et al.*, 2002; Martel, 1992; Moulin, 1986; Robitaille, 1992; Sévigny, 1998; Taillefer *et al.*, 2004, 2004b; Taillefer et Fournier, 2009; Tremblay, 1993), plus qu'une quinzaine qui traitent spécifiquement de l'homéopathie. On y parle soit de l'histoire de la médecine homéopathique, de sa reconnaissance professionnelle, de bibliographies et d'analyse critique de la littérature sur le sujet, de discussion sur la théorie homéopathique, leur pratique, leur clientèle ou les organisations professionnelles et leur intégration et sur la recherche en homéopathie. Notons particulièrement la thèse de Sévigny (1998) qui porte sur une étude sociologique basée sur des entrevues menées auprès de quinze homéopathes québécois dressant un portrait de leur pratique et révélant la relation thérapeutique.

La question de la recherche en homéopathie, ailleurs comme chez nous, est d'une grande importance. Certains auteurs comme Willis (2003) indiquent que les MNC seront peut-être toujours désavantagées dans le domaine scientifique à cause de la nature de leur processus de guérison qui ne s'accommode pas facilement aux méthodes scientifiques dominantes. Toutefois, si l'un des buts d'une MNC comme l'homéopathie est d'obtenir une légitimité institutionnelle pour arriver à être davantage accessible à la population, il doit y avoir des efforts faits à travers un support national. Ainsi certains ouvrages se spécialisent dans l'étude des méthodologies et des approches de ces différentes pratiques de santé, encore boudées par les milieux académiques et démontrent l'étendue de l'utilisation de ces pratiques auprès de groupes de consommateurs de soins (Adams, 2007). C'est le cas des recherches sociologiques.

1.4.2 La recherche sociologique sur la médecine homéopathique

La question qui touche le paradoxe entre la détraction d'une MNC comme l'homéopathie par le milieu médical conventionnel et le recours grandissant à cette pratique de santé par la population soulève bien des interrogations auprès des chercheurs. La littérature sur le sujet, même si elle est carencée, se développe de plus en plus, autant en science médicale, en anthropologie, en histoire qu'en sociologie de la santé. Sauf exception, la plupart des études consultées traitent presque essentiellement des MNC et des MAC et nous devons nous contenter de ces informations qui incluent la médecine homéopathique. En plus des travaux sur le remise en question de la modernité médicale (Chabot, 1993, 2001; Freund *et al.*, 2003; Lupton, 2003; Scambler et Higgs, 1998), la littérature sur « la sociologie de la médecine alternative », s'intéresse à trois acteurs sociaux, soit les utilisateurs, les praticiens des MNC et ceux de la MC. Les recherches sur le profil des utilisateurs des MNC et les données sociodémographiques (Andrews et Boon, 2005; Cant et Sharma, 1999; ECCH, 2005; ECH, 2004; Kelner *et al.*, 2003; Sharma, 1995) se sont plutôt concentrées sur les raisons de cette utilisation. Les recherches sur les praticiens des MNC dont certaines spécifiquement sur l'homéopathie, ont abordé surtout le problème de la professionnalisation de ces pratiques (Saks, 1995, 1998, 2003, 2006) ou sur le type de pratique des homéopathes (Scott, 1998; Sévigny, 1998). Il existe une grande quantité d'études sur les praticiens de MC qui s'intéressent principalement au point de vue des médecins sur l'efficacité des MNC et leur relation professionnelle avec ces praticiens et leur propre utilisation de ces pratiques ainsi que leur opinion sur le fondement des connaissances de ces systèmes thérapeutiques (Hirschhorn et Bourgeault, 2005; Siahpush, 1999).

Toutefois, certains chercheurs en sociologie et en santé publique ont aussi abordé la question de la pluralité médicale (Cant et Sharma, 1996, 1999), les preuves existantes

et les méthodologies de recherche. On s'est d'abord plutôt intéressé aux divers problèmes de santé qui amènent à consulter en homéopathie, (Astin, 1998; Furnham et Vincent, 2003; Hervet-Mulot, 1988; Mitzdorf, 1999; Rabourdin, 1987), aussi aux raisons de choisir la médecine homéopathique (Cant et Sharma, 2003; Furnham et Vincent, 2003; OMS, 2002), ce que les gens savent sur cette médecine et sur le concept de santé et maladie chez les utilisateurs (Furnham, 1999, 2002a; Justo et Gomes, 2008). Certains ont étudié la signification sociale et culturelle du phénomène des MNC (Cant et Sharma, 1999; Kelner *et al.*, 2003; Moulin, 1986; Quéniart et Saillant, 1990) et la question de la professionnalisation de la médecine homéopathique à partir de perspectives sociologiques en tenant compte des stratégies et du contexte sociopolitique, du corporatisme et du rôle de l'état (Cant et Sharma, 1996; Fournier *et al.*, 2002; Kelner *et al.*, 2004; Kelner, 2005; Rochon, 1975; Rochon *et al.*, 1988; Saks, 2003). D'autres se sont surtout attardés aux possibilités de l'intégration des MNC, particulièrement de l'homéopathie, aux systèmes de santé (Clair *et al.*, 2000; ECH, 2004; Fournier, 1998; Fournier *et al.*, 2002; Kelner *et al.*, 2005; Kelner *et al.*, 2006; OMS, 2002; Scholz, 1995; Van Haselen *et al.*, 2004). Il y est question de la formation des praticiens, de la recherche et des obstacles de publication et des obstacles financiers, de la pratique et des demandes de la populations, de la prévention, de sa situation dans le monde (Astin, *et al.*, 1998; Bell *et al.*, 2002; Boon *et al.*, 2004; Frank, 2002; Maizes et Caspi, 1999; Shuval, 2001; Zhang, 2000;) mais aussi les dangers de leur intégration (Adams, 2007; Caspi, 2001; Meeker, 2001; Stumpf *et al.*, 2007; Lewith et Aldridge, 1993; Vincent et Furnham, 1997). D'autres encore ont abordé leur intégration pour les soins des malades atteints du cancer (Tovey *et al.*, 2007).

1.4.3 La recherche en homéopathie avec une définition élargie de l'efficacité

Les recherches sociologiques ne sont pas les seules à pouvoir nous éclairer sur la controverse qui entoure la médecine homéopathique concernant son efficacité et sur les raisons de sa popularité. Différents types de recherches favorisant une meilleure connaissance de ce champ d'étude ont permis de mieux apprécier l'étendue de sa capacité d'intervention. Toutefois, ici encore, les auteurs ont tendance à amalgamer et parfois à confondre toutes ces pratiques de santé³⁰. Il est donc souvent difficile de recenser les recherches portant spécifiquement sur la médecine homéopathique (Dinges, 2002; Fournier *et al.*, 2002; Robitaille, 1992; Saks, 1998, 2001, 2003; Scott, 1998; Sévigny, 1998; Taillefer *et al.*, 2004). Dans cette section, nous tenterons de classer ce corpus de la façon la plus représentative de la pratique homéopathique.

La preuve de l'efficacité thérapeutique d'une pratique de santé est certainement évaluée par la recherche et représente dans notre société, la pierre angulaire de l'édifice biomédicale qui détermine la légitimité sociale d'une pratique médicale (Commission Européenne, 1996; Kayne, 1997; Kleijnen *et al.*, 1991; Linde *et al.*, 1997; Reilly *et al.*, 1986). Il existe des recherches en homéopathie qui tentent de répondre à l'exigence du paradigme matérialiste mécaniste (Lagache, 1997b) qui domine le champ de la santé où est valorisée l'evidence-based medicine (EBM). Dans cette perspective, l'efficacité veut dire « qui produit l'effet attendu » (Le Robert, 2000).

Il existe de nombreuses recherches en homéopathie dont l'objectif est de cibler une pathologie particulière, objectif central au paradigme réductionniste de la MC, basé

³⁰ Comme c'est souvent le cas entre homéopathie et naturopathie. Pour une explication claire de leurs différences, voir C., Aubry, 2007, *Pour distinguer l'homéopathie de la naturopathie*, disponible au www.sphq.org

sur une conception nosologique. Ces recherches sont soit positives, négatives ou avec des résultats insuffisants, comme le sont les recherches en MC (Poitevin, 1987; Reilly, 2001; Wallach *et al.*, 2005). Ainsi, la quantité de *recherches cliniques*³¹ reflètent bien ce désir de remplir la demande de preuves quant à l'efficacité de l'homéopathie (Boissel *et al.*, 1996; ECH, 2004; Harvey, 1997; Kleijnen *et al.*, 1991; Linde et Melchart, 1998; Mathie, 2003b; Reilly, 2001; Trichard *et al.*, 2005). On retrouve également des *méta analyses* (Commission Européenne, 1996; Cucherat *et al.*, 2000; Jonas, 2003; Kleijnen *et al.*, 1991; Linde *et al.*, 1994; Linde *et al.*, 1997; Mathie, 2003; Reilly *et al.*, 1994; Smith, 2003), des études sur *le développement de la recherche* (ECCH, 2007; Eisenberg et Kaptchuk, 2003; Fisher, 1995; Van Wassenhoven, 2005b) et enfin, des études sur *l'élaboration de bases de données* à la fois sur la recherche et sur les cas, en vue de confirmer les matières médicales homéopathiques (ECCH, 2005).

La preuve de l'efficacité d'une thérapeutique passe également par les *recherches fondamentales*. En homéopathie, on retrouve entre autres des études sur le mécanisme

³¹ On peut donner comme exemples les recherches sur des conditions comme les diarrhées chez les enfants (Jacobs, 1994; Jacobs *et al.*, 2000), les otites (Frei *et al.*, 2001; Friese *et al.*, 1997; Harrison *et al.*, 1999; Jacobs *et al.*, 2001), problèmes musculo-squelettiques (Fisher, 1986; Gibson *et al.*, 1980; Shealy *et al.*, 1998), la fibromyalgie (Bell *et al.*, 2004; Fisher *et al.*, 1989), les allergies (Kim *et al.*, 2005; Reilly *et al.*, 1985; Reilly *et al.*, 1994; Taylor *et al.*, 2000), les blessures (Schneider *et al.*, 2008), les céphalées (Muscari-Tomaioli *et al.*, 2001), le désordre de déficit d'attention (Coulter, 2008; Frei *et al.*, 2005; Kenyon, 1993; Lamont, 1998), les troubles reliés à la ménopause (Bordet *et al.*, 2008; Clover et Ratsey, 2002; Relton et Weatherley-Jones, 2005; Thomas *et al.*, 2001; Thompson et Reilly, 2003), la dépression (Bell, 2005; Makich *et al.*, 2007; Pilkington *et al.*, 2005), les troubles reliés à la période prémenstruelle (Yakir *et al.*, 2001; Jones, 2003), les problèmes de fertilité (Bergmann *et al.*, 2000), la fatigue chronique (Weatherly-Jones *et al.*, 2004), les affections du système respiratoire (Adler, 1999; Riley *et al.*, 2001; Trichard *et al.*, 1994; Trichard *et al.*, 2005), les troubles cutanés (Itamura, 2007; Keil *et al.*, 2008), la sclérose en plaques (Saine, 1987; Whitmarsh, 2003), la paralysie cérébrale (Sajedi *et al.*, 2008), les soins palliatifs, le cancer (Bhattacharjee *et al.*, 2007; Ramakrishnan et Coulter, 2001).

d'action du remède, en immunologie ou en physique (Bastide, 1997, 2001; Belon *et al.*, 2004; Coulter, 1980; Gray, 2000; Halm, 2005; Lorenz *et al.*, 2003) et des *travaux théoriques sur des nouveaux modèles d'analyse* (Bastide, 1999; Conte *et al.*, 2000; ECCH, 2005; ECH, 2005; Lagache, 1997b; Milgrom, 2004; Walach *et al.*, 2005).

Mais la notion d'efficacité que nous considérons dans notre travail dépasse l'efficacité biomécanique³², afin de mieux représenter la complexité de la médecine homéopathique. Dans cette perspective, l'efficacité veut aussi dire avoir la faculté de « produire un effet qui n'était pas forcément attendu » et a comme particularité d'être plus cliniquement orientée. Les résultats sont évalués en fonction des succès thérapeutiques sur tous les aspects perçus (Kayne, 1997; Smallwood, 2005). Nous voulons dire 1) les façons dont certaines thérapeutiques sont appliquées dans le monde réel; 2) l'identification des facteurs et des dynamiques qui les influencent; 3) une dimension qui rend compte de la réalité complexe, unique au patient (ou de la population), en évaluant la réponse de l'expérience subjective, ici, de la consultation homéopathique³³ comme pratique de santé, c'est-à-dire tous les aspects d'un

³² Certains ont tenté de nuancer ces notions en utilisant le terme « efficience » (effectiveness), pour s'éloigner des critères de l'Evidence Based Medicine (EBM) sur l'« efficacité » (efficacy). En général, les recherches sur l'efficacité cherchent à évaluer des modèles et des protocoles thérapeutiques spécifiques et sont représentées par l'influence sur les systèmes biologiques (les effets mesurables) qu'un médicament ou une substance apporte un certain effet attendu dans une conception nosologique (Batista et Guibert, 1986; York University Center for Health Studies, 1999) dans des conditions idéales prédéterminées, dans un contexte expérimental ou réel avec des groupes homogènes: ce cadre est celui du paradigme physico-chimique, c'est-à-dire mécaniste réductionniste et tend à être accepté bien avant que la preuve de l'efficience (l'efficacité dans la pratique clinique) le soit par le milieu scientifique. Ce sont des mesures valables uniquement à travers les essais contrôlés randomisés (ECR). L'utilisation de ces termes représente tout un débat (Grossman, et Mackenzie, 2005; Pittler et White, 1999; University of Westminster, 2008; Walach, 2001) et il nous semble complexe. Nous avons plutôt choisi de donner au terme « efficacité » une définition plus large.

³³ La consultation homéopathique (Binard, 1986; Sévigny, 1998; Vithoulkas, 1983) représente une démarche particulière où tous les aspects, autant physique, psychique que sociaux sont considérés.

traitement en s'intéressant à la globalité du vivant dans son environnement autant social que psychologique (Bastide, 2001) et tous les effets produits sur une population, incluant les bénéfices des coûts des soins en santé.

Malgré le fait qu'on ne s'intéresse pas beaucoup à cette dimension plus large de l'efficacité en recherche, il se développe tout de même une compréhension nouvelle de l'importance de la réponse et de la perception subjective de la personne malade aux traitements.

Les recherches sur cette conception plus large de l'efficacité comprennent évidemment celles sur *le bénéfice des coûts* (cost-effectiveness) reliés à la diminution des consultations en médecine conventionnelle et de la consommation de médicaments allopathiques (Becker-Witt, 2003; Chaufferin *et al.*, 2002; Christie et Ward, 1996; ; Clover, 2000; CNAMTS, 1998; ECCH, 2005; ECH, 2004; Feldhaus, 1993; Frenkel et Hermoni, 2002; Jain, 2003; Reilly, 2001; Schafer *et al.*, 2002; Smallwood, 2005; Swayne, 1992; Trichard *et al.*, 1994; Trichard *et al.*, 2003; Trichard *et al.*, 2003b; Van Wassenhoven et Yves, 2004; Vainchtock *et al.*, 2002; Witt *et al.*, 2005). Mais il existe aussi de nombreuses études qui sont cliniquement orientées sur la *perception de l'efficacité, l'amélioration ou les bénéfices sur la santé*, et la *satisfaction des traitements* homéopathiques (les plus importantes étant celles de : Attena *et al.*, 2000; Clover, 2000; Fournier et Taillefer, 2003; Güthlin *et al.*, 2004; Reilly, 1988; Richardson, 2001; Sevar, 2000; Steinsbekk, 2005; Thompson et Weiss, 2006; Tremblay, 1993; UPNH, 2001; Vincent et Furnham, 1994; Wassenhoven et Yves, 2004). Et des études sur la *compliance* des utilisateurs (Endrizzi et Rossi, 2006; Justo et Gomes, 2008). D'autres recherches portent plutôt sur *le sens du traitement* homéopathique dans le vécu des patients (Justo et Gomes, 2008; Latzel, 1989) et sur *la consultation homéopathique* comme certains aspects psychosociaux, la relation patient/médecin, les attentes ou la perception qu'ont les usagers de la consultation, (Chatwin, 2008; Ducloux, 1986; Mercer *et al.*, 2002;

Mercer et Reilly, 2004; Sévigny, 1998; ECCH, 2005). Et finalement il y a celles sur l'amélioration de la *qualité de vie* (Anelli *et al.*, 2002; Witt, C. *et al.*, 2005b; Witt, C. *et al.*, 2005c).

Nous avons aussi répertorié au moins 623 thèses universitaires en homéopathie des facultés de médecine ou de pharmacie (ECH, 2004). Les plus anciennes datent du XIX^{ème}, jusqu'aux plus récentes, de 2007. Les sujets des thèses répertoriées sont fort variés. Nous retrouvons des études sur les cas cliniques, l'histoire de la médecine homéopathique, ses écoles et ses hôpitaux, sur les courants sociaux et économique du XIX^{ème} siècle, sur l'actualité de la recherche, la théorie du mécanisme d'action du remède homéopathique, l'efficacité du diagnostic homéopathique, des recherches sur l'immunologie, la grossesse, la ménopause, sur le traitement préventif de la diarrhée, sur la chimie des substances homéopathiques, des méta-analyses sur les essais cliniques, sur les méthodologies de recherches homéopathiques, leurs essais cliniques et les organisations homéopathiques, sur le sujet de la vaccination avec l'utilisation de l'homéoprophylaxie, le traitement de différents problèmes de santé comme l'eczéma, la rhinite allergique, l'énurésie, les migraines, les troubles du sommeil, la dépression, l'anxiété, la spasmophilie, les angines et amygdalites récurrentes chez les enfants, la prévention du cancer en homéopathie, et autres troubles, ainsi que des études sur la dentisterie et la médecine homéopathique vétérinaire.

Mais nous n'avons pas trouvé de recherches qui mettent dans un même continuum la trajectoire des gens vers la consultation homéopathique, sans l'amalgame avec les autres MNC, sur le recours à long terme de cette médecine et l'impact perçu à la fois social et médical, dans le temps.

1.4.4 Les obstacles rencontrés pour la recherche en médecine homéopathique

La grande variété de travaux sur la médecine homéopathique, qu'ils soient orientés sur les aspects sociaux, l'efficacité dans son sens strict ou avec une perspective élargie de l'efficacité, sans doute souvent mal connus du milieu conventionnel, laisse croire que la résistance à l'acceptation de l'homéopathie serait peut-être plus de nature épistémologique que scientifique (Taillefer *et al.*, 2004). Il existe une controverse au sujet de la validité des recherches en homéopathie, c'est-à-dire à la fois sur la valeur des résultats obtenus et des outils de mesure utilisés. Sans vouloir parcourir tout le sujet, nous croyons utile d'en souligner les divers points de vue.

Lors d'une récente rencontre internationale sur les méthodes de recherche en MNC, surtout en homéopathie (Fondation Robert Bosch, 2006), les participants ont soulevés plusieurs problèmes concernant les essais cliniques. D'abord la difficulté d'avoir des conditions appropriées pour la conception des études et de leur interprétation pour les systèmes complexes que sont les MNC.

Cette rencontre a aussi souligné l'importance de développer d'autres types d'essais cliniques (comme les « observational trials ») pour les maladies chroniques. Ils ont noté qu'il faut augmenter le nombre et la grandeur des études sur la validité, mais que le problème est le même qu'avec celles sur la qualité de vie : elles sont dispendieuses et complexes à organiser car plusieurs données provenant de diverses sources doivent être collectées et analysées (Launois, 1994; Launois et Reboul-Marty, 1995).

Certains chercheurs (Fondation Robert Bosch, 2006) ont aussi souligné l'importance du rôle du patient dans le cadre des études cliniques en MNC. Si une des questions principales est le bénéfice qu'apporte le remède homéopathique sur le patient, il faut savoir que ce bénéfice n'est pas toujours lié à la guérison complète. Souvent, il est

difficile de quantifier les bénéfices perçus par les patients à travers les résultats standardisés des études cliniques randomisées (Güthlin *et al.*, 2004). Si le patient a aussi besoin du support, de l'aide et des conseils du praticien, alors on peut se demander si juger les études portant uniquement sur le remède comme étant les seules qui sont « scientifiques » est un argument valable à comparer avec le bénéfice global lié au processus entier du traitement, qui devrait aussi être étudié. Il semble donc nécessaire de développer des stratégies de recherches reliées au contexte du traitement et du contexte culturel du patient, tenant compte, dans une interdisciplinarité, des travaux des sociologues, des anthropologues, des philosophes, des historiens de la médecine et des praticiens afin de pouvoir tenir compte par exemple, de la relation praticien/patient, la perspective des patients comme consommateurs de soins, la question du genre dans la consultation, autant du côté des patients que du praticien ou la question des effets non spécifiques d'une intervention faisant partie d'un système complexe (Fondation Robert Bosch, 2006).

Le point essentiel autour du débat sur la légitimité des MNC dont la médecine homéopathique, est centré sur la question des preuves autour de son efficacité au sens strict et la critique est adressée aux outils de recherche utilisés toujours d'après le modèle positiviste quantitatif (Chabot et Sévigny, 1991; Kelner, 2005; Veal, 2004). Ce débat est complexe et va aux racines même de nos suppositions à propos du processus scientifique et de ce qui est reconnu comme savoir. Ceci soulève des questions à propos des faits qui n'entrent pas dans le courant actuel de compréhension sur les fonctions et les théories du monde naturel. (Voir annexe A (A.3) pour plus de précisions sur les obstacles rencontrés pour la recherche en médecine homéopathique, comme ceux reliés aux limites de l'Evidence-based medicine (EBM), les essais contrôlés randomisés (ECR), ainsi que sur le problème de la publication et de l'enseignement tant au Québec que dans le reste du monde.)

Ce chapitre contribue à rendre compte de la réalité sociohistorique de la médecine homéopathique dans le monde, mais permet surtout de mettre en évidence la méconnaissance à son sujet (Furnham, 1999) et le fait qu'elle demeure encore une voix (aussi une voie) silencieuse, en marge chez nous, du système public de soins de santé, même si la population y a de plus en plus recours.

CHAPITRE 2

PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUE

Le chapitre 2 présentera tous les facteurs entourant le recours à la consultation en médecine homéopathique pour nous éclairer sur le parcours des mères et nous servira de référence pour l'analyse de nos résultats. Il s'agit de démontrer à la fois l'importance sociologique d'une recherche comme celle-ci, notre choix de questionner des mères sur un sujet comme la médecine homéopathique et ainsi, à soumettre avec précision notre question de recherche.

2.1 LE RECOURS À LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE

2.1.1 Les besoins de santé non répondus et le recours aux MNC

Dans ce chapitre, il sera question de présenter les facteurs entourant le recours à la consultation en médecine homéopathique, c'est-à-dire le profil des utilisateurs, les différentes raisons de consulter et de poursuivre cette pratique de santé, afin de nous éclairer sur les divers éléments qui déterminent le parcours des mères.

Le Canada, la Grande-Bretagne et les États-Unis sont au milieu de profonds changements dans les soins de santé qui sont influencés à la fois par la restructuration des soins de santé plus économiques et efficaces, et par la demande croissante du public pour les médecines non conventionnelles (MNC) (Adams *et al.*, 2003; Barnes *et al.*, 2004; Buske, 2002). Or, notre système de santé est fréquemment décrit comme étant en crise – de financement, de régulation, de valeurs, de savoirs et nécessite une réforme en profondeur (Contandriopoulos, 1994). Ceci porte de nombreux chercheurs

à croire que notre système de santé bénéficierait de l'apport des pratiques de santé non conventionnelles (MNC). Différentes enquêtes effectuées dans l'Union Européenne, aux États-Unis et au Canada montrent une demande continue et croissante de la part de la population pour les praticiens des différentes MNC; il est estimé que, selon le pays, de 70 % à 90 % de la population mondiale compte sur une de ces pratiques de santé non conventionnelles comme forme de soin de santé pour prévenir ou traiter une grande variété de problèmes de santé, les plus importantes étant l'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, l'herboristerie³⁴ et la chiropraxie (Astin *et al.*, 1998; Health Canada, 2001; Hendrickson, 2006; Ong *et al.*, 2002; York University Center for Health Studies, 1999; Zhang, 2000).

Il semble, en effet, qu'une des raisons majeures d'avoir recours à une MNC est un besoin de santé non répondu. Chez nous, on rapporte que plus de 18% de la population a déclaré un besoin de santé non comblé (Lévesque, *et al.*, 2007) et que 26% des personnes qui estiment que leurs besoins en soins de santé ne sont pas satisfaits par la MC sont allées consulter un praticien ou une praticienne de MNC en 1998-1999 (Millar, 2001).

En 1997, le Forum National sur la Santé était créé au Canada dans le but de fournir une révision éclairée de l'expérience du financement par l'État des soins de santé depuis sa naissance dans les années 60. Bien que le régime d'assurance-maladie demeure au centre du plan national, les conclusions du Forum soulignaient le besoin de plus de données probantes afin d'aider la prise de décision, une meilleure continuité dans les soins de santé, des soins concrètement centrés sur les patients, plus d'importance sur la prévention et *une véritable forme de soins de santé intégrés*

³⁴ Le terme anglais utilisé est « herbal medicine ». Selon les pays et la culture, cela signifie à la fois la phytothérapie, l'herboristerie et la naturopathie (plus commune aux États-Unis et au Canada) et parfois la médecine traditionnelle chinoise.

(Forum National sur la Santé, 1997). Des conclusions semblables sont ressorties du « White Paper » présenté par le National Health Service de Grande-Bretagne ainsi qu'aux États-Unis.

Ainsi, à la fin des années 90, en Grande-Bretagne, le Prince de Galles initiait un projet en 'médecine intégrative'. Aux États-Unis, le Congrès créait le National Center for Complementary and Alternative Medicine et au Canada, Santé Canada fondait la Direction des Produits de Santé Naturels (DPSN) et formait des comités « d'aviseurs » afin d'étudier les divers aspects des MNC (Best, 2003).

Si ces MNC concernent jusqu'à 80% de la population mondiale (Halm, 2005), les chiffres, par contre, varient selon les instruments de mesures utilisés, les échantillonnages de populations et les pays mais surtout selon ce qui est inclut comme pratiques dans les termes utilisée pour ces pratique, d'où le problème et la nécessité de définir et d'établir un classement de ces pratiques de santé. Par exemple, les études les plus citées sur l'utilisation des MAC ou des MNC au cours de la vie des individus mentionnent des chiffres allant de 34 % à 75 % aux États-Unis (Eisenberg, *et al*, 1993) avec, en 1990 et 1996, une augmentation de 45 % de l'utilisation des MNC dans cette période de 6 ans (Jonas, 2000), de 16 % de la population italienne (Menniti-Ippolito, *et al*, 2002), de 85 % en Australie (Robinson, *et al*, 2007), d'un tiers de la population belge, française et finlandaise (Lewith et Aldridge, 1991).

Quand on parle des chiffres sur les MNC, on ne sait donc pas toujours de quelles pratiques il est question car les pratiques varient selon les pays, bien que dans ces études, les pratiques de santé les plus populaires seraient « the big five » (Turner, 1998, Furnham, 2000), soit : l'acupuncture, la chiropraxie, l'herboristerie/naturopathie, l'homéopathie et l'ostéopathie. Pareils chiffres défient ainsi la supposition de la profession médicale selon laquelle le seul système

biomédical définit les soins de santé dans notre société (Kaptchuk et Eisenberg, 2001).

Rappelons-le, ce qui nous intéresse ici avant tout, est la réalité de la médecine homéopathique. Même s'il est parfois difficile d'obtenir des informations et des statistiques spécifiquement sur elle, nous tenterons le plus possible d'en décrire sa situation singulière.

2.1.2 Le recours aux praticiens de la médecine homéopathique

Aujourd'hui, les différentes enquêtes effectuées dans l'Union Européenne et aux États-Unis montrent un recours en croissance continue de la part de la population pour les praticiens de cette médecine entre 1999 et 2006. Trois personnes sur quatre connaissent l'homéopathie, bien que les chiffres varient selon les pays et selon la situation de sa reconnaissance sociale ou légale. De 30 % à 40 % de ces gens consultent en homéopathie régulièrement pour leurs propres soins de santé pour prévenir ou traiter une grande variété de problèmes de santé (Astin, *et al*, 1998; Eisenberg *et al.*, 1998; Fisher et Ward, 1994; Hendrickson, 2006; Jacobs *et al.*, 1998; Ong, *et al*, 2002; Steinsbekk, 2005).

En Norvège, 37% de la population consulte en homéopathie, 48 % en Australie (Ong, *et al*, 2002, Viksveen *et al*, 2005). Il y a pas moins de 2000 homéopathes en Italie, aux États-Unis en 1990, on avait répertorié 4.8 millions de visites chez les homéopathes, et au moins 2500 médecins utilisaient l'homéopathie dans leur pratique aux États-Unis. En Inde, le nombre s'élève au moins à 150 000 homéopathes, pendant qu'en France, un tiers des médecins l'utilisent. Selon le CNAM (Caisse National d'Assurance Maladie, 1991), cela réduit les coûts au système de santé de 15%. Et on

estimait en 1998, la vente mondiale de remèdes homéopathiques à 1,15 milliards de dollars.

Encore une fois, la plupart du temps, si ces études ne font pas un amalgame de toutes les MNC, elles proviennent de l'Europe ou des États-Unis, là où la situation sociopolitique de la médecine homéopathique et de ses praticiens et praticiennes diffère de celle du Canada ou du Québec (Fournier *et al.*, 2002).

2.1.2.1 Au Canada et au Québec

Deux études retiennent notre attention quant aux données pouvant nous éclairer sur le recours aux praticiens en médecine homéopathique au Canada. D'abord celle de l'Institut Fraser³⁵ (Esmail, 2007), basée sur 1997 personnes portant sur le recours aux praticiens de vingt-deux MAC différentes, MNC confondues. On y révèle que 74 % des canadiens et 67 % des québécois ont consulté une de ces pratiques au moins une fois dans leur vie. Le recours à un homéopathe au Canada serait de 9 % pour le Canada et de 12 % pour le Québec. Ces chiffres semblent un peu surprenants quand on connaît la popularité et le nombre de praticiens de cette médecine dans les provinces de l'ouest (Fournier et Taillefer, 2002; York University Center for Health Studies, 1999) et curieux également car nos voisins ontariens viennent de réglementer les homéopathes comme nouvelle profession de praticiens non médecins (*La Loi de 2007 sur les homéopathes (Annexe Q, Assemblée Législative de l'Ontario, 2007)*). Notons aussi que d'après un sondage effectué par le groupe Angus Reid (1998), les répondants qui utilisaient une pratique de santé non conventionnelle rapportaient avoir recours principalement à la chiropractie, l'herboristerie l'acupuncture et l'homéopathie.

³⁵ Notons que l'enquête porte sur 10, 624 entrevues faites en 2006 d'une population de 33 091 228 personnes. Le taux de réponse était de 18,8 % soit 1997 personnes.

La deuxième étude, celle de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP, 1999; Millar, 2001), basée sur 14 619 personnes, s'étendait de 1994 à 1999 (en trois étapes). Elle portait plus précisément sur le recours à cinq types de praticiens, c'est-à-dire les homéopathes, les naturopathes, les acupuncteurs, les chiropraticiens (quatre MNC) et les massothérapeutes (faisant partie des MAC). Ces données nous disent que le nombre de consultations auprès de ces praticiens sont à la hausse, soit 3,8 millions de Canadiens de 18 ans et plus, ce qui veut dire 17 % (19 % pour les femmes et 14 % pour les hommes) de la population contre 15 % en 1995. Les chiffres varient aussi pour les soins aux enfants, car on note que pour les ménages qui consultent ces praticiens, 21% consultent un homéopathe pour leurs enfants. L'étude de l'ENSP mentionne également que selon les résultats, ces soins de santé sont manifestement une option à long terme pour nombre de personnes.

Il semble qu'il y ait une différence dans le recours aux praticiens de MNC entre les provinces. Selon Millar (2001), dans les provinces de l'Ouest, de 21 % à 25 % de personnes ont consulté un ou une de ces praticiens et praticiennes contre 15 % au Québec et en Ontario et de 3 % à 9 % pour les provinces de l'Atlantique. La fréquence de consultation de ces praticiens dans les provinces de l'Ouest peut s'expliquer par les régimes d'assurance-maladie qui couvrent une partie des services des chiropraticiens. Aussi, dans l'économie canadienne, 3,8 milliards de dollars ont été dépensés pour ces MNC en 1996-1997 et 5,6 milliards entre 2005 et 2006. Quand on parle de ce qui est dépensé pour les MNC, environ 72 % est attribué au recours à un praticien ou praticienne (Esmail, 2007). À elles seules, les ventes de remèdes homéopathiques au Canada représentaient environ 40 millions de dollars par année en 2005 (APHC, 2005).

Dans notre réalité québécoise, l'enquête de la commission Rochon de 1988 sur les services de santé et les services sociaux révélait que 28, 5 % de la population avait recours aux « médecines douces » ou MAC (Rochon, J. *et al.*, 1988). Une autre

enquête du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1992) démontrait en 1992 que 85 % de la population consultée est favorable à la réglementation des praticiens et praticiennes des MAC dont les MNC (Fournier *et al.*, 2002 p. 55). D'après un sondage Angus Reid de 1997, 42% des Québécois, ont eu recours à au moins un de ces praticiens au cours de leur existence et 65 % en 2007. Mais ce recours considérait autant l'auto-traitement, comme la consommation de produits naturels, que le recours aux praticiens et praticiennes.

C'est dire que les chiffres exacts sur les consultations auprès des homéopathes pour le Québec sont aussi difficiles à obtenir car les sondages amalgament l'homéopathie aux autres MNC et aussi parfois aux MAC. De plus, il semble n'y avoir que peu d'intérêt ou de fonds alloués pour de telles enquêtes de la part des institutions publiques ou des chercheurs (Fournier *et al.*, 2002; Martel, 1992). Mais selon deux études du début des années 1990 (Association des pédiatres du Québec, 1992; Groupe Multi Résé, 1990), 25 à 50 % de la population québécoise avait recours à l'homéopathie, c'est-à-dire aux remèdes homéopathiques et aux praticiens et praticiennes et environ 10 % des usagers consultaient un ou une homéopathe (Fournier *et al.*, 2002). Entre 1987 et 1993, le nombre de consultations homéopathiques a connu une augmentation de 655 % (Chevalier et Kishchuk, 1996).

2.1.3 Le profil des utilisateurs

Les informations sur le profil des utilisateurs sont importantes pour nous éclairer sur les mères qui consulteront en médecine homéopathique. De nombreuses enquêtes ont étudié les caractéristiques des gens qui consultent des praticiens et praticiennes des MAC ou parfois plus spécifiquement des MNC (Bernstein et Shuval, 1997; Eisenberg *et al.*, 1993; Eisenberg *et al.*, 1998; Fairfield *et al.*, 1998; Felicity *et al.*, 2008; Furnham et Smith, 2002; Furnham, 2002; Kitai *et al.*, 1998; MacLennan *et al.*, 1996).

Certaines se sont attardées plus précisément aux utilisateurs de la médecine homéopathique en pratique privée et dans le réseau public à travers le monde (Anelli *et al.*, 2002; Attena *et al.*, 2000; Becker-Witt, 2004; Clover, 2000; Colin, 2000; Goldstein et Glik, 1998; Jacobs *et al.*, 1998; Jain, 2003; Jansen et Koster 1995; Laerum *et al.*, 1985; Lee et Kemper, 2000; Richardson, 2001; Sevar, 2000; Slade *et al.*, 2004; Steinsbekk et Fonnebo 2003; Swayne, 1989; Treuherz, 2000; Trichard *et al.*, 2003; Van Wassenhoven et Ives, 2004; Viksveen et Steinsbekk 2005; Ward, 1995). Certaines études canadiennes et québécoises ont aussi tenté de cerner le profil des utilisateurs des services en MNC (Blais *et al.*, 1997; Kelner et Wellman, 1997; Millar, 1997; Ostrow *et al.*, 1997; Ramsey *et al.*, 1999; Saillants *et al.*, 1987; Verhoef *et al.*, 1994; Wellman, 1995; Wiles et Rosenberg, 2001) mais il n'existe que très peu d'études qui ont tenté de décrire ceux qui utilisent spécifiquement la médecine homéopathique (APHC, 2005; Sévigny, 1998).

En fait, les données sociodémographiques sur les usagers et usagères de la médecine homéopathique spécifiquement sont variables selon les recherches, étant comprises dans les données sur les MNC en général (Conboy *et al.*, 2005; Bishop *et al.*, 2008). et plusieurs différences sont dues au fait d'utiliser une seule mesure commune pour toutes les diverses MNC en ignorant les variations importantes dans les types de pratiques et la diversité de leurs déterminants (Hendrickson, 2006).

D'abord, selon Astin (1998), seul le niveau d'éducation paraissait être la variable parmi les autres données démographiques, qui puisse prédire le recours aux MNC. Plus le niveau d'éducation est élevé, plus le recours aux MNC est fréquent. Ni les différences sur l'âge, ni l'origine, ni même le sexe et ni même le revenu ne pouvaient prédire leur utilisation (Astin, 2003; Furnham et Smith, 1988). Pourtant, une recherche canadienne plus récente (Boon *et al.*, 2003), a trouvé que l'utilisation des MNC n'était pas un phénomène réservé aux plus éduqués de notre société. Tandis que Grzywacz (2005) prétend que l'utilisation de ces pratiques de santé aux États-

Unis varient selon l'âge, l'ethnicité, l'accessibilité, les orientations des politiques de santé publique qui prévalent et les divers motifs de consultation. Selon Conboy *et al.* (2005), comme pour la MC, le modèle dans l'utilisation des MNC varie selon le type individuel de médecine considérée. Regrouper plusieurs pratiques hétérogènes dans une même catégorie peut donc cacher d'importantes différences dans leur utilisation.

Les données sociodémographiques spécifiquement sur l'homéopathie révèlent qu'elles sont sensiblement les mêmes que pour la MC en terme de genre, d'âge, d'éducation, de statut marital, de religion et de revenu (Colin, 2000; Furnham et Smith, 1988; Steinsbekk et Fonnebo, 2003; Steinsbekk *et al.*, 2007; Trichard *et al.*, 2003; Van Wassenhoven et Yves, 2004). Pourtant certains notent des variations, principalement sur le genre et l'éducation (Launso *et al.*, 2007, Robinson, 2006). En fait, la proportion homme/femmes parmi les diverses recherches sur l'homéopathie varient beaucoup selon les études, allant de 41 % de femmes contre 39 % d'hommes (Astin, 2003), à 80 % de femmes et 20 % d'hommes (Launso *et al.*, 2007).

Aussi, a-t-on souvent relevé le fait que ce sont les femmes qui consultent le plus en MNC, dont en médecine homéopathique. Millar (2001) note que les facteurs pouvant être associés à la différence dans l'utilisation de ce genre de soins, peuvent comprendre le nombre de problèmes de santé chroniques, la douleur chronique, la tendance à l'auto traitement et les besoins de soins de santé perçus comme insatisfaits. Si ces facteurs contribuent à une partie de l'explication, nous pouvons tout de même insister sur trois facteurs pouvant expliquer cette tendance. D'abord ce sont les femmes qui s'occupent de la santé de la famille, celle des enfants avant tout – le « caring labor » - (Rose, 2004; Ruddick, 2004; Stoppard, 2000), et qui se retrouvent, dans ce cadre, avec les limites de la MC pour traiter certains troubles de santé. Elles seront donc plus enclines à chercher d'autres solutions. Elles souffrent aussi beaucoup plus de maladies chroniques (avec les personnes à faible revenu et les personnes âgées) (Conseil Canadien de la Santé, 2007), sont donc en moins bon état de santé et sont plus médicalisées (Delanoë, 1998; Lupton, 2003; Parkman, 2005;

Stoppard, 2000). Mais un autre point intéressant est qu'il a été noté qu'un des plus importants déterminants pour l'utilisation d'une MNC est l'hétérogénéité du réseau social (Wellman, 1995). Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'un tel réseau expose les gens à plus d'informations et d'idées, dont celles sur les soins de santé non conventionnels. Or, ce sont les femmes qui cultivent et développent le plus le réseau social. Par contre, une étude scandinave de 2007 sur le profil des utilisateurs qui consultent les praticiens de MNC et/ou ceux de MC, révèle que si les femmes consultent davantage les deux formes de médecine (MNC et MC) et rapportent un moins bon état de santé, ce sont les hommes qui consultent le plus uniquement en MNC (Steinsbekk *et al.*, 2007).

Il y a un net manque de données chez nous à propos des données sociodémographiques des utilisateurs et utilisatrices spécifiquement pour la médecine homéopathique. Les études sociodémographiques proviennent en général d'Europe ou des États-Unis. Leurs résultats risquent d'être différents car dans ces pays les taux de consultations sont plus élevés et la médecine homéopathique a souvent une certaine légitimité.

Par exemple, deux études faites, soit en Norvège où 37 % de la population consulte un homéopathe et aux États-Unis, on note que ce sont surtout des femmes (20 à 60 ans, le plus grand groupe se situe autour de 30 ans) qui consultent pour elles-mêmes mais surtout pour leurs enfants (0 à 19 ans, le plus grand groupe est en bas de 15 ans). En général, autour de 50 % des participants de l'étude norvégienne (contre 35 % de la population générale) occupent un emploi qui demande un diplôme universitaire et possèdent une assurance-maladie privée qui couvre les soins homéopathiques (Jacobs, *et al.*, 1998; Viksveen et Steinsbekk, 2005). Cette dernière donnée nous informe aussi que les coûts liés aux soins de santé non conventionnels limitent l'accessibilité des groupes à faible revenu à ces services. Pourtant, au Québec, les données recueillies pour la commission Rochon de 1988 montraient qu'il y avait

autant de femmes que d'hommes qui consultaient en MNC et qu'il n'y avait pas de différences marquée dans les niveaux d'éducation ou de variations selon l'âge (Rochon *et al.*, 1988, Fournier *et al.*, 2002).

Une question intéressante à soulever concerne le fait que dans les sociétés où la MC s'est imposée, le cadre de son savoir médical est utilisé par chacun pour fournir des explications concernant la nature et les causes de son mal. Boltanski (1971) a démontré que ce sont les membres des milieux favorisés qui intériorisent le mieux les catégories du savoir médical dominant de la MC, leur procurant une certaine compétence au sujet de la santé. Proches des praticiens de la MC par l'origine sociale, ils partagent les visions du monde et leur rapport au corps est modelé par la proximité de ce groupe social avec le discours scientifique dominant dans les sociétés industrielles. Ils devraient donc être moins enclins à recourir aux MNC. Pourtant, les études indiquent souvent que les plus grands utilisateurs de la médecine homéopathique sont les gens favorisés. Ce fait s'explique, ici au Québec, par la non accessibilité de ces soins dans le secteur public. Toutefois, au Royaume-Uni, là où les soins en médecine homéopathique sont disponibles à la population par le National Health Service, les gens de tous les groupes sociaux ont recours à la consultation en homéopathie, alors cette explication ne suffit visiblement pas (Luff et Thomas 2000). S'il est vrai qu'ici, pour des raisons d'ordre économique, ce sont les gens plus favorisés qui consultent davantage et de surcroît, on les dit plus critiques face à la MC, ne le seraient-ils pas aussi de la médecine homéopathique ?

Une explication alternative serait que l'influence de l'éducation dans le recours aux MNC en général, peut se comprendre par le fait qu'étant plus éduqués, ces gens peuvent être plus exposée à diverses pratiques de santé. Ils peuvent également être plus informés sur leur maladie et la variété de traitements possibles. Ils peuvent aussi remettre en question l'autorité de la MC et son expertise et évidemment avoir accès plus facilement aux ressources financières nécessaires à ces soins de santé souvent

non couverts par les assurances (quoi que ce dernier point est improbable puisque le revenu ne semble pas être un facteur de prédiction dans l'utilisation des MNC). Mais aussi, une autre mesure de prédisposition rarement considérée dans les recherches est l'endroit de résidence. Il y a en effet une distinction importante entre les gens qui viennent d'un milieu urbain ou d'un milieu rural (Arcury *et al.*, 2004; del Mundo *et al.*, 2002; Robinson *et al.*, 2007). Ce facteur influence l'utilisation des MNC en fonction de l'exposition à cette réalité, son accessibilité mais ce facteur aura aussi une importance sur des caractéristiques comme l'état de santé de l'individu, ses habitudes de vie ou sa consommation de médicaments, par exemple. Selon Arcury *et al.* (2004) et del Mundo *et al.* (2002), les gens du milieu rural seront plus enclins à utiliser des remèdes homéopathiques ou des produits naturels à la maison et consulteront moins souvent un ou une homéopathe.

Les études démontrent également, enfin, que les usagers et usagères qui utilisent les MNC signalent un plus mauvais état de santé et une consommation plus fréquente de la MC (Astin, 2003; McFarland, 2002; Ong, 2002; Shmull, 2006). Trouverait-on cette donnée dans les régions rurales, puisque la plupart des études à ce sujet sont faites en milieu urbain ? Les résultats de nombreuses études suggèrent que les gens qui présentent un mauvais état de santé souffrent souvent de maladies chroniques depuis longtemps. La non légitimité des MNC et l'hégémonie de la MC fait en sorte que les gens restent longtemps dans le cercle des consultations répétées en MC pour tenter de trouver une solution à leur problème et ne se tournent souvent vers les MNC qu'en dernier recours, après une longue souffrance (Astin, 2003; Ernst *et al.*, 1995; Paterson et Britten, 1999; Steinsbekk, 2005). Aussi, ces gens présentent souvent une multitude de symptômes, difficiles à classer en MC, qui se sont rajoutés au cours de la maladie ou par les effets secondaires des médicaments et dont le portrait s'est complexifié. Il est probable que la MC ait moins de succès à traiter ce genre de cas et qu'à travers l'essai de diverses MNC, ces individus découvrent la capacité d'intervention de ces pratiques de santé (Astin, 2003).

2.1.4 Les raisons de consulter en médecine homéopathique

Nous avons trouvé peu d'études chez nous (Quéniart *et al.*, 1990), où il est question d'aborder une classifications des différentes façons d'aborder les raisons de consulter en MNC ou en MAC mais aucune seulement sur la médecine homéopathique. Nous présenterons les divers types de raisons que nous avons trouvées. Nous avons remarqué qu'il y a d'abord les *raisons de consulter la première fois*; ensuite les *raisons de santé* qui amènent les gens en médecine homéopathique; et aussi enfin les *raisons de continuer à consulter* par la suite.

2.1.4.1 Les raisons de consulter la première fois un ou une homéopathe

On a aussi beaucoup étudié les raisons de consulter, mais elles sont en fait les raisons de consulter la première fois en MNC, même si cette nuance n'est pas toujours explicitée (Eisenberg *et al.*, 1998; Furnham et Vincent, 2003; Kelner et Wellman, 1997; Menniti-Ippolito *et al.*, 2002; McGregor et Peay, 1996; Paterson et Britten, 1999; Quéniart *et al.*, 1990; Sharma, 1995). Aussi, « dans de nombreux pays développés, la popularité des MNC est alimentée par la remise en question des démarches et présomptions de l'allopathie sur sa capacité de guérison et par l'accès de plus en plus facile du grand public à l'information sur la santé, des valeurs changeantes et une tolérance réduite du paternalisme (...) aussi [la popularité des MNC est alimentée] par les inquiétudes au sujet des effets nocifs des médicaments allopathiques » (OMS, 2002, pp 2, 14).

Des études montrent que malgré les différents régimes d'assurance maladie, les gens choisissent de payer pour consulter un praticien ou une praticienne des MNC dont en homéopathie (Cant et Sharma, 1999; ECH, 2003, 2004; Freund, 2003; Kelner *et al.*, 2003; OMS, 2002; Paramore, 1997; Quéniart, 1990; Steinsbekk *et al.*, 2006)

principalement parce qu'ils n'ont pas trouvé de solution en MC à leur problème de santé et par crainte des effets secondaires des médicaments allopathiques. Mais, plus précisément, les recherches (Siahpush, 2000) sur les raisons de consulter en MNC dont en médecine homéopathique, ont fait ressortir plusieurs indices significatifs pouvant prévoir l'utilisation d'une MNC dont les trois principaux sont les plus fréquentes et semblent expliquer le recours à la médecine homéopathique.

Soit :

1- Les gens veulent guérir sans les effets secondaires, la dépendances ou les risques des médicaments allopathiques (Menniti-Ippolito *et al.*, 2002; Thompson *et al.*, 2007; Vincent et Furnham, 1996). Dans les dernières années, les médias et les chercheurs ont fait état de l'émergence de plus en plus importante de maladies iatrogènes causées par l'intervention de la MC. En effet, une importante étude américaine de 1981 reprise en 2004 avait trouvé que près de 44 % des gens admis dans un hôpital universitaire avaient une maladie iatrogénique; il y avait 11% des gens pour qui cet incident menaçait leur vie ou produirait un handicap considérable et pour 2.4 % cela avait contribué à leur décès (Steel, *et al.*, 2004). Depuis, d'autres études sur l'étendue des maladies iatrogènes (Ankri, 1999; Billot, 1992; Buajordet *et al.*, 2001; Ebbesen *et al.*, 2001; ECH, 2004; Gandhi *et al.*, 2000; Lazarou *et al.*, 1998; Pirmohamed, 2004) ont confirmé le haut taux d'admission et de décès dans les hôpitaux dus aux effets secondaires des médicaments³⁶. Pensons également aux études faites sur les thérapies hormonales pour la ménopause (Rossouw *et al.*, 2002; Vickers *et al.*, 2007). Certains médecins eux-mêmes semblent maintenant vouloir éviter les effets iatrogéniques de plus en plus fréquents des traitements de la MC en utilisant la médecine homéopathique (May et Sirur, 1998).

³⁶ Billot (1992) souligne que chez les personnes âgées, « un sujet sur quatre manifestera une pathologie iatrogène » (p. 213). Il note aussi qu'au Québec, en 1991, jusqu'à 35 % des hospitalisations des personnes âgées étaient liées à une intervention médicale.

2- La deuxième raison fréquemment invoquée par les utilisateurs des MNC est que c'est leur dernier espoir face à l'inefficacité ou l'impuissance de la MC face à leur problème de santé (Cartwright et Torr, 2005; Ernst *et al.*, 1995; Furnham et Forey, 1994; Furnham et Smith, 2002; Furnham, 2003; House of Lords, 2000; McGregor et Peay, 1996; Paterson et Britten, 1999; Sharma, 1996; Spiegel *et al.*, 1998; Steinsbekk *et al.*, 2006; Vincent et Furnham, 1994). Certains soutiennent que la MC a moins de succès à traiter et à guérir les maladies chroniques, complexes et dégénératives et les gens font face aux incertitudes du diagnostic (Anyinam, 1990; Ingliss et West, 1983; OMS, 2002; Saks, 2006). La MC est souvent vécue comme inefficace pour soulager la souffrance liée aux troubles comme la fatigue chronique, l'asthme, l'arthrite, les rhumatismes et les blessures du cou et du dos (Anyinam, 1990; House of Lords, 2000; Jonas, 1998; Ong *et al.*, 2002; Spence et Thompson, 2005; Thompson *et al.*, 2007; Willison *et al.*, 2005). On note que jusqu'à 97 % des gens qui consultent en homéopathie le font pour un problèmes de santé chronique qui dure en moyenne depuis 10,3 ans pour les adultes et 4,3 ans pour les enfants (Fournier et Taillefer, 2003; Witt *et al.*, 2005b). On retrouve aussi un grand recours à la médecine homéopathique pour des maladies d'hypersensibilité, un terme qui couvre l'asthme, la rhinoconjonctivite allergique, l'eczéma atopique, les dermatite de contact et les allergies alimentaires (Launso *et al.*, 2007).

3- La troisième raison est l'insatisfaction des gens dans la relation avec le praticien de MC qualifiée de paternaliste ou d'autoritaire (Chabot et Sévigny, 1991; Easthope, 1993; Furnham et Forey, 1994; Jonas, 1998; Menniti-Ippolito *et al.*, 2002; Siahpush, 1998). Il s'agit d'un sujet amplement étudié dans diverses disciplines dont en sociologie de la santé (Coulter, 1999; Jaunais, 2007; Mishler, 1981, 1984; Ong *et al.*, 1995; Stewart et Roter, 1989). L'expérience de cette relation a comme conséquence, pour les gens, de vivre une perte de pouvoir et de contrôle sur leur corps et leur santé (OMS, 2002).

Une autre raison qui est souvent évoquée comme raison de consulter en MNC, est de vouloir utiliser toutes les options possibles pour sa santé (Vincent et Furnham, 1996). En effet, puisque les gens sont couverts par l'assurance maladie, il n'y a pas de nécessité économique qui fait choisir de consulter en MNC. Au contraire, ils doivent payer, surtout chez nous où peu de régimes d'assurance privé couvrent l'homéopathie. La plupart font donc ce choix comme complément ou comme rectification aux limites de la MC (McGuire, 1995). Benoist (1996, p.492) nous dit que le pluralisme est une situation observable et que « des médecines différentes, appartenant à des horizons historiques et culturels différents, sont utilisées en même temps ou successivement par les mêmes personnes ».

Aussi, contrairement aux craintes véhiculées par la MC, il semble que les utilisateurs de la MNC n'utilisent pas ces pratiques de santé en excluant la MC. Ils le disent toutefois rarement à leur médecin par crainte de réprimande (Elder *et al.*, 1997; McGuire, 1995; McIntosh et Ogunbanjo, 2008; Ramsey *et al.*, 1999; Suter *et al.*, 2007). Les canadiennes Kelner et Wellman (1997) ont trouvé que le choix du consommateur d'utiliser autant la MC que la MNC dépendait du problème de santé dont ils souffraient et que certains utilisaient même un mélange de praticiens pour leur problème. Fulder (1988) et Furnham et Smith (1988) concluent aussi que les gens choisissent de consulter en MNC pour des raisons pragmatiques et non par croyances et consultent les deux formes de médecines. Selon Robinson et Cooper (2007), le choix de consulter en MNC se fait à travers une décision informée, contrairement à ce que croit le milieu conventionnel.

Les autres raisons qui sont évoquées pour expliquer le recours aux MNC la première fois est le système de valeurs des utilisateurs (Astin, 1998; Bakx, 1991; Jonas, 1998), l'hétérogénéité du réseau social lié au statut socioéconomique, ce qui permet d'avoir accès à plus d'information (Jonas, 1998; Wellman, 1995), la satisfaction de besoins psychologiques et religieux (Sharma, 1996). On retrouve aussi des études qui

indiquent que l'intérêt pour les MNC peut être expliqué par le fait qu'elles sont plus en accord avec la philosophie et les croyances sur la santé des utilisateurs (Vincent et Furnham, 1996). Néanmoins, même si ces éléments ressortent dans les études faites en amalgamant les MAC et/ou MNC, ces points de vue ne se retrouvent pas du tout dans les études sur les raisons de consulter en médecine homéopathique (Avina et Schneiderman, 1978; Frank, 2002; McIntosh et Ogunbanjo, 2008).

2.1.4.2 Les raisons de santé qui amènent à consulter un homéopathe

La littérature aborde surtout, au sujet de l'homéopathie, son utilisation pour des problèmes de santé spécifiques et des problèmes chroniques comme des troubles respiratoires et ORL (asthme, allergies, sinusites, otites), cutanés (eczéma, molluscum, acné), digestifs, psychologiques ou du système nerveux (sommeil, céphalées, états dépressifs, anxiété, problèmes d'apprentissage et de comportement), ostéo-articulaires (arthrite, tendinite, fibromyalgie) (Fortes et Fraiz, 2002; Fournier *et al.*, 2003; Jacobs, *et al.*, 1998; Ong *et al.*, 2002; Relton *et al.*, 2007; Viksveen et Steinsbekk, 2005; UPNH, 2001, Witt *et al.*, 2005b). Mais on consulte aussi pour avoir des conseils, par désir de prévention et pour des maladies graves comme le cancer (Tovey *et al.*, 2007) ou le VIH/sida (Collin *et al.*, 2005; Furler *et al.*, 2003). Il est donc clair que la médecine homéopathique s'adresse autant à des besoins de santé spécifiques que généraux. Deux études québécoises (Fournier et Taillefer, 2003; Tremblay, 1993) révélaient qu'entre 59 % et 76 % des gens allaient consulter un homéopathe pour un problème physique et entre 27 % et 31 % pour un problème psycho-émotif.

2.1.4.3 Les raisons de continuer à consulter un homéopathe par la suite.

On mentionne parfois, dans les raisons de consulter un homéopathe, la façon plus attentionnée avec laquelle ces praticiens traitent les gens, la longueur des consultations ou une plus grande autonomie sur sa santé. Mais il semble que cela fasse davantage partie des raisons subséquentes à continuer de consulter une MNC et non des raisons initiales (Cartwright et Torr, 2005).

Certains auteurs suggèrent aussi qu'un effet positif pouvait être associé à une plus grande utilisation des MNC (Owens, *et al.*, 1999). D'autres encore, affirment que c'est le résultat d'une expérience positive et non les croyances antérieures ou une disposition idéologique, qui déterminent l'engagement à un traitement en médecine homéopathique, autant dans le secteur privé que public comme celui du National Health Service au Royaume-Uni (Luff et Thomas, 2000).

En fait, on pourrait dire que c'est la satisfaction qui détermine si les gens continueront de consulter un homéopathe dans leur vie. La popularité grandissante des MNC, malgré le coût qu'elles représentent pour les consommateurs, porte à croire qu'elles satisfont à un besoin de santé non répondu (Worth et Richardson, 1995). Il existe de nombreuses études faites sur l'expérience de la population en médecine homéopathique, témoignant de son impact sur l'amélioration de la santé (Attena *et al.*, 2000; Fournier et Taillefer 2003; Kelner *et al.*, 2003; Reilly, 1988; Spence *et al.*, 2005; Tremblay, 1993; UPNH, 2001; Van Haselen *et al.*, 2004; Van Wassenhoven et Yves, 2004).

L'étude de Spence *et al.*, (2005) révèle une amélioration clinique importante chez près de 71% des patients (plus encore chez les enfants) qui consultent en homéopathie. Selon Attena *et al.*, (2000) 73,5 % des patients qui consultent ont

rapporté un changement positif de leur état de santé après un traitement homéopathique. Plusieurs autres études sur l'amélioration de la qualité de vie et la satisfaction face aux traitements homéopathiques relèvent des résultats semblables (Anderson *et al.*, 1999; Christie et Ward, 1996; Güthlin *et al.*, 2004; NHS, 1997; Richardson, 2001; Sevar, 2000; Steinsbekk, 2005; Witt *et al.*, 2005b). Selon ces auteurs, l'efficacité de la médecine homéopathique atteint un haut degré de signification statistique (Spence *et al.*, 2005; UPHB, 2006).

Au Québec deux études (Fournier et Taillefer, 2003; Tremblay, 1993) portaient sur l'évaluation qualitative du traitement homéopathique. Celle de Tremblay (1993), sur la portée de l'intervention et des remèdes sur la santé, indiquait un taux de satisfaction de 63% chez les patients, versus 10% pour la MC consultée auparavant. L'étude de Fournier et Taillefer (2003) portait sur des personnes qui avaient consulté un homéopathe, dont 90 % consultaient pour un problème chronique. Ces personnes avaient été traitées en MC avant de consulter en homéopathie. L'étude indiquait un taux de satisfaction de 70 % des traitements en homéopathie, soit face à la guérison ou à l'amélioration de la qualité de vie autant physique que morale ou psycho-émotive.

2.1.5 Les attentes face à la consultation homéopathique et les effets perçus

De nombreuses recherches ont explorées la question du rôle des croyances et des attentes (Cassileth *et al.*, 1980; Fulder, 1998; Furnham, 2000a, 2002a; Furnham et Smith, 1988; Furnham et Forey, 1994; Pawluch, *et al.*, 1994; Richardson, 2001) et leur influence face aux effets perçus des traitements homéopathiques (Launso *et al.*, 2007; Lewith *et al.*, 2002; Shaw *et al.*, 2006; Thompson *et al.*, 2007; White, 2003). En effet, un des points de vue courant parmi les détracteurs de la médecine homéopathique (ou autres MNC) est que les résultats obtenus sont médiatisés à

travers un effet placebo, c'est-à-dire que les gens vont mieux parce qu'ils s'attendent à cela et qu'ils sont prédisposés idéologiquement (Cassileth *et al.*, 1980; Sharma, 1995). Si cela a parfois été soulevé, les recherches comparatives sur le sujet notent que la même chose est vraie pour la consultation en MC (Launso, 2007). Aussi, une étude faite dans le système de santé britannique a démontré l'efficacité de l'application de l'homéopathie dans un contexte de pratique médicale générale à l'intérieur de consultations de 10 minutes (Robinson, 2006) remettant ainsi en question les recherches selon lesquelles le temps de consultation influence la satisfaction et les résultats.

D'autres chercheurs, utilisant des outils de mesures comme le AAMS (Attitudes towards Alternative Medicine Scale) (Finnigan, 1991; Hyland *et al.*, 2003) et le PANAS (Positive and Negative Affect Scales) pour mesurer si les gens qui ont des croyances et des attitudes positives face aux MNC montraient des résultats supérieurs, ont conclu qu'une opinion positive sur les MNC n'influencait pas l'effet du traitement, la qualité de vie, ni l'état de santé (Brien *et al.*, 2004; Brien, 2004; Lewith *et al.*, 2002; White, 2003).

En général, bien qu'une bonne partie des usagers cherchent une guérison ou une amélioration de leur condition, ils recherchent aussi de l'information, une amélioration de leur qualité de vie, un espoir, une explication, un conseil d'entraide, une compréhension et à être rassurés (Richardson, 2004). Une des forces du modèle behavioral sur l'utilisation des services de santé développé par Andersen (1995), c'est qu'il reconnaît l'importance du statut de santé individuel et la perception des symptômes de la maladie influençant le recours à ces services. Si le besoin de santé représente un des motifs de consultation de services de soins de santé spécifiques, ce besoin est fortement lié au contexte social et à sa structure (statut socioéconomique, attitudes face à la santé et ressources matérielles permettant de répondre à ce besoin).

Une des mesures utilisée pour mesurer les besoins de soins de santé des utilisateurs des MNC est l'auto-évaluation de l'état de santé. Par exemple, plusieurs études ont trouvé que les gens avec une pauvre évaluation de leur état de santé vont davantage consulter les MNC (Astin, 1998; Testerman *et al.*, 2004; Vincent et Furnham, 1996) tandis que d'autres études ont trouvé que ce sont ceux qui s'évaluaient avec un meilleur état de santé qui étaient plus portés à consulter et que ce facteur devenait la donnée prédisant l'utilisation des MNC (Kelner et Wellman, 1997; Oldendick *et al.*, 2000). Ces contradictions nous révèlent entre autres que ces pratiques de santé ne sont pas toujours utilisées comme stratégie d'intervention à un problème de santé, mais aussi comme mesure préventive ou pour maintenir un bon état de santé. Ceci démontre l'importance de l'état de santé perçu comme facteur déterminant dans le recours à un service de soin de santé non conventionnel (Hendrickson, 2006).

Toutefois est-il nécessaire de rajouter encore une fois que les études sur les croyances et les attentes des utilisateurs de MNC ne donneront pas forcément les mêmes résultats si elles sont faites spécifiquement sur la médecine homéopathique ? En effet, Furnham (1999, 2000a, 2002a) a effectué plusieurs études à la fois qualitatives et quantitatives afin de mieux cerner les attitudes envers l'homéopathie et les croyances générales envers les MNC (Furnham, 2000a). Ces résultats, ainsi que ceux de deux autres études (Furnham et Smith, 1988; Furnham et Bhagrath, 1993) ont trouvé que les gens qui consultent en homéopathie sont plus sceptiques à propos de ce traitement et croient moins dans l'efficacité du praticien et la guérison rapide, sans doute à cause de la chronicité de leur maladie et des nombreuses déceptions qu'ils ont vécues en MC.

Au Québec, on peut supposer qu'avec la controverse sur l'homéopathie depuis le milieu des années 90, après certains démêlés des homéopathes avec le Collège des médecins devant les tribunaux (Fournier *et al.*, 2002), avec la médiatisation des publications contre la médecine homéopathique comme celle du journal *The Lancet*,

(Shang, *et al*, 2005; Noël, 2005)³⁷ et suite aux émissions télévisées faisant un portrait négatif de l'homéopathie et des MNC (*Découverte*, 2003; *Zone Libre enquêtes*, 2006), la population n'a pas développé « une idéologie positive » face à cette médecine. Une telle idéologie peut donc difficilement expliquer le recours à la consultation en médecine homéopathique. Cette controverse juridique et médiatique, au Québec comme ailleurs, au sujet de la médecine homéopathique, permet de mieux comprendre dans quel contexte se trouvent les mères de notre étude, quand elles décident de consulter un ou une homéopathe.

2.2 LA QUESTION DE RECHERCHE

Il est utile de comprendre les motifs de la perpétuation d'une forme de savoir et d'une pratique de santé comme la médecine homéopathique dans l'histoire des sociétés malgré des décennies d'opposition et sa situation sociojuridique irrégulière. Il existe une réelle méconnaissance de la médecine homéopathique au Québec, nous l'avons dit, contrairement à d'autres pays comme l'Inde, le Royaume-Uni ou d'autres pays de l'Union Européenne (ECCH, 2006; ECH, 2004; Furnham, 1999, 2000a; Jütte, 2006; OMS, 2002; Smallwood, 2005). Mais au-delà d'une méconnaissance, il y a aussi un

³⁷ En août 2005, *The Lancet* a publié une étude sur l'homéopathie ainsi qu'un éditorial intitulé *La fin de l'homéopathie* où l'auteur sommat ses lecteurs médecins d'avertir leurs patients de l'inefficacité de l'homéopathie. Il est important de savoir que cette étude, en plus de présenter de nombreuses failles méthodologiques – dont celle de présenter une méta-analyse avec seulement 8 études en homéopathie et de 6 études en médecine conventionnelle (Frass *et al.*, 2006), n'était qu'une étude parmi de nombreuses autres qui avaient été commissionnées par le bureau fédéral de santé publique suisse dans le but d'informer le gouvernement de ce pays sur la place des médecines non conventionnelles dans le régime d'assurance-maladie car la commission désignée suggérait que l'homéopathie continue à être incluse dans ce régime d'assurance. Une des autres études (Witt *et al.*, 2005), avait comme résultat que l'homéopathie était aussi efficace que la médecine conventionnelle et même plus efficace dans les maladies défectives et chroniques et au moins aussi économiques (Saks, 1998). La même revue *The Lancet*, en 1994 et 1997, avait pourtant publié des articles en faveur de l'homéopathie informant son public que l'homéopathie était aussi efficace que les autres systèmes reconnus (Linde *et al.*, 1997; Reilly *et al.*, 1994).

certain déni venant de l'establishment médical sur la pertinence de la présence de la médecine homéopathique dans le domaine de la santé. Nous pouvons faire l'hypothèse que la médecine homéopathique, comme d'autres MNC, ait été considérée comme une menace à l'hégémonie de la MC. En effet, la médecine homéopathique remet en question la pertinence de l'exclusivité du paradigme biomécanique dans lequel le corps et l'esprit sont clairement séparés, ce qui a mené à une bataille idéologique entre homéopathes et médecins qui dure encore.

La sociologie s'intéresse à ce qui affecte le changement car elle met en lumière des réalités qui permettent de remettre en question des pratiques médicales et des formes de savoir établies (Tovey, 2001). Son agenda est donc à la fois social, politique et économique et est inspiré par le besoin de s'adresser aux inégalités. Ce qui est surtout pertinent pour l'homéopathie, est de reconnaître la façon dont ses pratiques et ses savoirs peuvent être perçus comme le résultat de processus influencés par des conditions sociales plutôt que simplement le résultat de décisions objectives et rationnelles (Tovey et Adams, 1999). Bien que la recherche sociologique sur les MNC explore des sujets comme la perception des utilisateurs, leur motivations de prendre une décision sur leur santé, elle s'intéresse aussi à la théorie des professions (les stratégies de professionnalisation), au mouvement social tel que celui des MNC ainsi qu'aux différentes façons d'évaluer leur efficacité et leur sécurité.

Plusieurs stratégies ont été décrites par des auteurs comme Saks (1995, 1998, 2003, 2006) comme ayant permis à la MC de protéger son champ d'exercice et d'obtenir un monopole de l'intervention sur la santé et la maladie. En devenant la seule référence acceptable et légitime au nom de la « science » et de la « sécurité de la population », on peut évoquer, parmi ces stratégies, 1) le fait d'ignorer l'histoire de la médecine homéopathique, par exemple dans les livres de médecine, 2) d'empêcher sa professionnalisation en limitant ses possibilités d'intervention en exerçant une influence sur la loi médicale, 3) d'agir de manière à entraver le développement de ses

recherches en faisant en sorte qu'il soit difficile d'accéder au financement et à la publication des résultats si ces derniers ne répondent pas au paradigme positiviste et 4) à limiter l'accès à l'enseignement dans les institutions publiques.

Mais si jamais, malgré tout, la population, par une expérience positive ou simplement par nécessité pour sa santé, décide quand même d'avoir recours à cette pratique de santé, que cela signifie-t-il ? Les gens qui s'aventurent hors des normes de la MC expriment souvent une recherche personnelle de bien-être et la quête d'un cadre de soin qui dépasse les dogmes et usages de la science officielle. Ce qu'on appelle « le phénomène des MNC » peut-il être considéré comme un mouvement social ? (Goldner, 2004; Goldner, 2004b; Hess, 2004). En effet, ce phénomène semble prendre une place significative au quotidien dans les soins de santé, même au Canada (Kelner et Wellman, 2003).

Certes, il est possible d'aborder la problématique qu'est devenue la médecine homéopathique avec au moins quatre points de vue, soit celui des praticiens de MC, celui des praticiens en homéopathie, celui du gouvernement ou enfin celui des utilisateurs. Nous avons choisi de donner la parole aux utilisatrices et plus précisément à des mères, celles qui ont choisi d'avoir recours à la médecine homéopathique. Le développement social et la propagation de l'homéopathie, malgré la controverse, se sont faits parce que ce sont surtout ces femmes qui y ont eu recours. Il y a actuellement une certaine reconnaissance de l'importance de la participation des gens aux décisions en santé, notamment que leurs préférences à propos des choix individuels de traitements devraient être incorporés dans les prises de décision pour l'organisation des services de santé. Le gouvernement désire aussi augmenter la participation du public aux décisions quant à la distribution des ressources en santé afin de rendre les fournisseurs de soins plus responsables envers la communauté qu'elle sert et pouvoir offrir des soins de santé de qualité à tous les secteurs de la population. (Charles et DeMaio, 1993). En effet, les personnes directement

concernées, celles qui vivent concrètement l'expérience d'une pratique de santé comme celle de la médecine homéopathique, ont souvent une idée et une certaine expertise pour analyser leur état de santé, qui se rajoute à celle du praticien ou du chercheur. Leur participation peut contribuer à l'identification des causes et des conséquences d'un problème de santé, à la description et à l'analyse des motifs de la chronicité d'un état de santé et à l'efficacité d'un soin de santé en particulier. (Entwistle *et al.*, 1998) Cette approche en recherche est interprétée, selon Boote *et al* (2002), comme un changement de paradigme voulant s'éloigner des suppositions paternalistes selon lesquelles les experts - médecins et chercheurs en santé – sont les meilleures juges dans le domaine³⁸.

Il ne semble pas y avoir eu de recherche jusqu'à présent chez nous, qui ait considéré en même temps, la question du long cheminement qui mène les gens à la consultation en médecine homéopathique, les différents genres de raison de consulter, la durée de cette démarche dans le temps, l'expérience spécifique des mères et comment elles en évaluent l'impact. C'est-à-dire tout le trajet d'un utilisateur ou d'une utilisatrice, dans toute son histoire de santé.

Les limites de la recherche sociologique actuelle en médecine homéopathique deviennent donc plus claires. Depuis une trentaine d'années, nous sommes témoins dans tous les pays occidentaux d'une recrudescence du recours aux MNC (Adams *et al.*, 2003; Barnes *et al.*, 2004; Buske, 2002) et à l'homéopathie (Eisenberg *et al.*, 1998; Witt *et al.*, 2005b). Mais même si, parallèlement à ce phénomène, les études sociologiques sur ce sujet se sont développées, elles ont en général consisté à faire un

³⁸ D'ailleurs il y a tout un questionnement face à la terminologie appliquée aux personnes qui reçoivent des soins de santé : patients, consommateurs, clients, utilisateurs de soins, profanes (Boote *et al.*, 2002), mais nous n'entrerons pas dans ce débat.

amalgame d'au moins une trentaine de pratiques de santé, ignorant leurs différences sociohistoriques, thérapeutiques, professionnels, scientifiques et la spécificité de leurs déterminants. Il importe donc, pour bien établir et comprendre notre propos, d'étudier la médecine homéopathique séparément en tenant compte de toutes les limites des recherches précédentes.

Les recherches sociologiques sur la médecine homéopathique se sont intéressées à comprendre les raisons qu'ont les utilisateurs d'y avoir recours, en étudiant leur profil sociodémographique, leurs croyances et attitudes, leur état de santé. Par contre, nous avons remarqué un manque d'information sur l'impact à long terme, autant médical que social (soit sur le parcours lié à l'histoire de santé qui mène à la consultation en médecine homéopathique, l'expérience, les impacts et les facteurs qui contribuent à consulter à long terme, les changements de comportements ou les comportements préventifs) spécifiques à la consultation homéopathique dans la vie des utilisateurs et particulièrement chez les mères.

2.2.1 Pourquoi choisir des mères

Le choix d'interviewer des mères comporte d'abord une justification d'ordre sociohistorique. La diffusion de la médecine homéopathique aux États-Unis au XIX^{ème} siècle est en partie due aux dispensaires gratuits mis sur pied pour desservir la classe pauvre et au support des mères de famille satisfaites par les traitements pour leurs enfants (Jasen, 1999; Taylor Kirschmann, 2004). Un homéopathe américain du nom de Constantin Hering créa vers 1835, une trousse contenant des remèdes homéopathiques d'urgence que pouvaient utiliser les mères pour les troubles aigus de leurs enfants. Les femmes développaient un certain savoir et pouvaient ainsi aider à servir les dispensaires gratuits; elles devenaient alors un vecteur important de

propagation de la médecine homéopathique dans leur communauté³⁹ (Coulter, 1973; Fournier, 1999). C'est à partir de ce rôle social de soignante qu'historiquement, les femmes ont très tôt pénétré le champ de la pratique de la médecine homéopathique (Squier, 1995; Taylor Kirschmann, 2004) à travers ce « savoir d'expert profane » acquis de leur travail dans les dispensaires homéopathiques des milieux défavorisés, entre autres à Montréal (Jasen, 1999). Il faut aussi souligner que c'est parfois par nécessité de survie que certaines, devenues veuves et seules à élever leurs enfants, se sont plus tard, formées en médecine homéopathique dans les diverses écoles de l'époque. Aussi, dès 1835, en réponse à la demande grandissante des femmes de pouvoir consulter des praticiens de leur propre sexe et en réaction aux interventions perçues comme intrusives en gynécologie, de nombreux collèges homéopathiques se sont développés (Jasen, 1999; Taylor Kirschmann, 2004; Winston, 1999). Aussi surprenant pour l'époque et dans le contexte social de l'hégémonie masculine dans le monde médical, l'enseignement de la médecine homéopathique se faisait autant aux femmes qu'aux hommes (Fournier, 1992; Taylor Kirschmann, 2004).

Le rôle de la mère soignante dans notre culture amène ces femmes à faire des choix pour leur santé et celle de leurs enfants. « Et comme les femmes sont à l'heure actuelle les principales garantes de la santé (la leur, celle des enfants, celle des personnes dépendantes et très âgées, celle des conjoints), on ne peut imaginer un maintien ni surtout une amélioration durable du bien-être physique et psychique dans les sociétés sans une subversion des rapports sociaux de sexe. Aucun doute, la santé est politique » (Vuille, *et al.*, 2006, p. 12).

Encore aujourd'hui, comme pour la consultation en MC, ce sont les femmes qui amènent majoritairement leurs enfants en consultation en MNC (Kelner *et al.*, 2003)

³⁹ Cela, bien sûr, souleva la colère des allopathes qui, en plus des homéopathes, se voyaient maintenant en compétition avec des femmes !

et qui, une fois informées et outillées, soignent leurs enfants et leur entourage. D'ailleurs, des cours sur les urgences familiales sont offerts par des homéopathes au Québec, afin de permettre une plus grande autonomie aux familles. Ce sont principalement les mères qui s'y inscrivent.

2.2.2 La question de recherche et les objectifs poursuivis

Qu'est-ce qui amène les mères à consulter en médecine homéopathique, à s'engager dans cette pratique de santé qui n'est pas légitimée ? Pourquoi pensent-elles que cette pratique est utile ? Comment ces mères arrivent-elles à cette démarche dans leur histoire de santé ? Que signifie, selon elles, le recours à la consultation homéopathique ? Quel en est l'impact à long terme, sur leur santé ? Voient-elles une contribution de la médecine homéopathique au système de santé ? Selon quelles modalités ?

L'originalité de notre étude est de rendre compte de la réalité complexe et subjective de l'expérience de consultation en médecine homéopathique et d'aller au-delà des questions déjà posées par les recherches existantes, pour mettre en lumière le cheminement des mères vers la consultation en homéopathie, le fait de continuer à consulter par la suite et l'impact perçu sur la santé de cette démarche. Plusieurs facteurs peuvent rendre de compte de cet impact, soit l'évaluation en fonction de tous les aspects perçus par ce trajet, le changement perçu de l'état de santé, de l'utilisation des services de soins de santé du réseau public, sur la prise de médicaments, sur des comportements de santé, sur la perception d'autonomie ou de compétence face à sa santé et un sentiment général de contrôle sur sa vie.

Également, on peut souhaiter tenter d'apporter des éléments de réponse et de compréhension à travers le discours de ces femmes, au questionnement sur la

contribution de cette pratique, sa place possible dans le système de santé, son utilité sociale, médicale et économique en regard de son développement professionnel (Cant et Sharma, 1999; Côté, 1990; Damiani, 1995; Rochon *et al.*, 1988) et à travers la façon dont elles intègrent cette pratique à leur vie. Il s'agit de faire une évaluation en fonction de tous les aspects perçus, de la dimension qui rend compte de la réalité complexe et subjective de la personne qui consulte. Étudier « l'impact », c'est étudier l'influence déterminante ou décisive sur quelque chose, « les conséquences éventuelles » ou « la trace laissée » par quelque chose (Le Robert, 2000).

Quel est l'impact médical et social du recours à la consultation en médecine homéopathique comme pratique de santé chez les mères ?

Ainsi, nous choisissons de faire une recherche sur la consultation homéopathique en nous attardant à trois dimensions de cette pratique de santé selon la perspective des mères, soit :

1) Quel est le cheminement qui mène les mères à consulter en médecine homéopathique la première fois ?

- Est-ce que le choix de consulter en médecine homéopathique repose sur les mêmes raisons de consulter que celles énumérées dans les autres études qui amalgament toutes les MNC et aussi les MAC ?

- Et pourquoi poursuivent-elles cette démarche pendant des années ?

2) Quel est l'impact que peut avoir le recours à la consultation homéopathique à long terme sur leur santé et leur vie ?

- Les mères perçoivent-elles un impact médical ? Lequel ? Sur leur état de santé perçu ? Sur la prise de médicaments allopathiques ? Sur la fréquence des visites chez le médecin (Becker-Witt, 2003) ? Cette hypothèse nous permettrait peut-être de compléter les informations des recherches déjà existantes sur le sujet ?

- Le recours à la consultation homéopathique a-t-il, selon les mères, un impact de nature plus sociale ? Sur des changements de comportements de santé (Cant, 1999) ? Sur la perception d'autonomie ou de compétence face à sa santé ? Peut-t-il constituer un outil de prévention? Peut-il devenir, d'après elles, une solution économique pour le système de santé ?
- Est-ce que l'évaluation de l'impact de la consultation en homéopathie repose sur les mêmes éléments que ceux relevés dans les autres études qui amalgament toutes les MNC et aussi les MAC ?

3) Quelles perceptions ont les mères sur les possibilités de la contribution de la médecine homéopathique au système public de santé ? Comment croient-elles que cela pourrait se faire ?

Les objectifs de cette recherche sont :

- de combler le manque de connaissance sur la médecine homéopathique concernant l'impact à long terme de la consultation homéopathique comme pratique de santé dans la vie des mères;
- d'arriver à mieux comprendre, à travers leur histoire de santé, l'impact perçu du cheminement des mères qui mène de l'intérêt de consulter un homéopathe la première fois à l'adoption à long terme de cette pratique de santé;
- de mieux comprendre les significations de ce choix de consulter en médecine homéopathique dans la situation québécoise particulière de non légitimité de cette pratique de santé ;
- d'exposer les défis intellectuels et scientifiques sans précédent qu'offre la recherche en homéopathie, inhérents aux principes qui la définissent, qui sont difficiles à

soulever par le milieu scientifique de la MC, dont le plus grand est de penser la recherche autrement.

La nouveauté de notre démarche consiste donc à :

- 1- étudier la médecine homéopathique seule, en dehors de l'amalgame des MAC et des MNC;
- 2- étudier cette pratique de santé et l'impact sur les utilisatrices à partir de leur propre historique de santé pour bien saisir la complexité de leur parcours;
- 3- se servir du point de vue d'un groupe particulier de la population – les mères - comme source de connaissances;
- 4- offrir une perspective venant du public sur la contribution possible de la médecine homéopathique au réseau public de santé.

CHAPITRE 3

CADRE THÉORIQUE

Il sera question ici, d'exposer sous quels angles de la sociologie de la santé et à partir de quels concepts nous aborderons l'analyse du discours des mères sur leur parcours vers la consultation en médecine homéopathique, ainsi que sur l'impact médical et social de cette expérience dans leur vie à long terme. Pour ce faire, il sera d'abord nécessaire de définir certaines notions employées comme les paradigmes en jeu quand il s'agit d'aborder la santé et la maladie, les particularités de la consultation homéopathique et tout ce qui contribue à en faire une expérience singulière et apparemment fort différente de celle en MC.

Ensuite, nous tenterons d'exposer les théories qui seront à la base de notre questionnement, soit la théorie sociologique du constructivisme social féministe, puisque c'est à partir de ce point de vue que nous analyserons nos résultats, et l'*empowerment* (et la capacité d'agir) ainsi que les facteurs qui peuvent participer à son développement à travers l'expérience de ce type de consultation.

3.1 NOTIONS, DÉFINITIONS ET PARADIGMES

3.1.1 La santé et la maladie : deux paradigmes s'opposent

Comme nous l'avons vu au chapitre 1, la médecine homéopathique relève d'un paradigme différent de celui de la MC. Dans ce paradigme, la santé, la maladie, la thérapeutique et la relation thérapeutique se définissent autrement. Pour définir les concepts de santé et de maladie, il faut d'abord comprendre la cohérence de la pensée

médicale où cohabitent diverses approches. Il faut également préciser les différences qui existent entre la MC qui se définit comme scientifique (dans le sens positiviste) et la MNC comme la médecine homéopathique qui utilise une autre manière d'appréhender le monde, (plus proche des notions d'holisme et de vitalisme) (Choffat, 1993; Hahnemann, 1842). La médecine homéopathique diffère de la MC non seulement par ses méthodes, sa thérapeutique et sa pharmacopée spécifique mais aussi par sa philosophie et sa définition de la santé, de la maladie et de la guérison. Il est essentiel de considérer les différents paradigmes selon lesquels la MC et la MNC abordent la santé, la maladie et les soins de santé, d'abord parce que cela peut nous éclairer sur les raisons qui motivent les mères à avoir recours à un homéopathe et parce que ces différences ont aussi une implication pour la recherche et pour l'intégration des soins de santé. Il existe un large spectre entre le réductionnisme et l'holisme, et les différentes pratiques à la fois en MC et MNC contribuent à étendre ce spectre (House of Lords, 2002).

Il est difficile de ne pas opposer la MC à la médecine homéopathique pour faire ressortir les caractéristiques de cette dernière puisque c'est souvent en les comparant que les deux approches sont présentées et même se définissent mutuellement. Lupton (2003) s'est particulièrement intéressée à la construction sociale des idées, du savoir et de l'expérience individuelle de la santé et de la médecine dans les sociétés occidentales. Son argument central est que la santé, la maladie et le système de soins peuvent tous être regardés comme des produits socio-culturels et que, pour cette raison, il est important d'analyser la nature de leur représentation sociale et culturelle ainsi que les significations symboliques qui les entourent.

3.1.1.1 La santé, la maladie selon le paradigme de la médecine conventionnelle (MC)

Le champ de la MC s'est unifié autour du fonctionnement biologique de l'être vivant et de son dérèglement, la maladie (Foucault, 1963; Canguilhem, 1966). La science médicale actuelle s'inscrit donc dans un paradigme qui a été qualifié de matérialiste mécaniste (Lagache, 1997a). Les critiques de la MC définissent ce paradigme comme un code de référence qui serait avant tout idéologique. « Un paradigme est un modèle ou un schéma porté par un groupe (...) qui définit, pour quelques temps, un ensemble de croyances partagées auxquelles tout le monde se réfère » (Parrocchia, 1997, p. 32). Dans ce paradigme qui « introduit la causalité mécanique indispensable à un système logique des objets indépendant du contexte » (Bastide, 2004, p.4), la MC tentera de comprendre le comportement de la matière et de le prévoir en établissant des lois sur cette matière, le déterminisme. Ceci repose sur une question épistémologique où la science défend le réalisme de la connaissance objective (Tilmans-Cabiau, 1998a).

L'une des critiques de ce courant porte sur le fait que cette vision empêche d'envisager un phénomène complexe comme l'être humain dans sa globalité et devra donc le réduire à ses composantes qui seront étudiées séparément. (Lagache et Bastide, 1997). La MC s'appuie essentiellement sur le concept classique du corps-machine et du corps-système où ce corps-machine se construit sur la dualité de l'interaction des molécules avec leurs récepteurs, constituant une sorte de réseau très complexe ; le corps-système est la somme de ces interactions (Tilmans-Cabiau, 1998a).

Une autre critique est que la maladie devient présumée être une entité en soi, qui existe à part entière, qui peut être isolée et mesurée pour mieux être éliminée du corps comme une ennemie. La thérapeutique sera alors axée sur la destruction spécifique de la maladie en supprimant les symptômes. Ainsi, selon certains auteurs (Aakster, 1986; Furnham, 2002b), en MC, *la santé* est perçue comme une absence de maladie

et *la maladie* est considérée comme une déviance locale et spécifique d'un organe ou d'un tissu où les symptômes doivent être supprimés. *Le diagnostic* se résume à une classification morphologique basée sur la localisation et l'étiologie. *La thérapeutique* a comme but essentiellement la destruction ou la suppression des forces qui rendent la personne malade. *Le patient* est en général considéré comme un récipient passif de solutions externes dans le processus de recouvrement de sa santé.

Plusieurs auteurs (Dubos, 1987; Foucault, 1963; Illich, 1975; Saks, 2003; Zola, 1981) ont donc critiqué la vision réductionniste de la MC sur la maladie et la disproportion des ressources dédiées à la technologie médicale par rapport à celles dédiées au maintien de la santé. Selon ces auteurs, avec de plus en plus de comportements médicalisés et l'obsession du gène responsable de la maladie, la base du savoir de cette MC a empiété davantage sur la définition des limites de la normalité, celle du fonctionnement et du comportement appropriés du corps humain. Dans cet esprit, une personne tombe malade principalement par la défectuosité de ses gènes, par une infection ou parce qu'elle se nourrit mal ou ne fait pas d'exercice. On explique plus rarement la maladie par des causes liées à son environnement ou au contexte dans lequel elle vit (Williams et Popay, 2006).

3.1.1.2 La santé, la maladie selon le paradigme de la médecine homéopathique

La médecine homéopathique, appuyée sur les préceptes hippocratiques, est issue de l'époque des Lumières, un courant philosophique qui traverse toute la pensée européenne du XVIII^{ème} siècle (Raulet, 1995). Elle est née, nous l'avons dit précédemment, au moment où la MC s'engageait sur une voie matérialiste mécaniste. Et si on oppose systématiquement aujourd'hui la médecine homéopathique à la MC, c'est qu'on ne saisit pas d'emblée qu'elles se fondent tout simplement sur des conceptions différentes de l'être humain et qu'elles ont été engendrées par des

philosophies médicales distinctes. Et malgré le fait qu'elles se soient côtoyées dans l'histoire, l'homéopathie et la MC restent deux démarches thérapeutiques se référant à des systèmes de pensée forts différents (Taillefer *et al.*, 2004). Les modèles biomécanique et holistique s'opposent forcément puisque le premier aborde la cause des maladies comme étant principalement biologique avec la primauté d'une application thérapeutique technique et standardisée tandis que le deuxième modèle ne fera pas la distinction entre le soma, la psyché et le social et appliquera sa thérapeutique individualisée spécifiquement à la personne malade et à sa propre manière de manifester sa souffrance. Ainsi, comme pour certains auteurs en sciences sociales (Canguilhem, 1966), l'approche holiste considère que la maladie n'est pas l'inverse de la santé.

La médecine homéopathique se réfère au concept du corps vivant. Elle aborde le corps vivant comme une interface relationnelle entre le sujet et le monde. Ce corps vivant, animé, global, est envisagé en terme de relations : ces relations sont créées par une information signifiante qui va donc être reçue et traitée par le corps (Halm, 2005). Il devient alors nécessaire d'interpréter le corps vivant et intelligent dans un contexte de communication autre que la communication moléculaire ou verbale (Lagache, 1997). Il s'agira de tenir compte des observations fiables du corps humain et de ses propriétés où l'information nous vient d'abord des sens par lesquels nous constituons notre expérience du monde et par là un savoir à la fois subjectif et objectif (Tilmans-Cabiaux, 1998a, p. 255).

En médecine homéopathique *la santé* est perçue comme un état d'équilibre intérieur et extérieur et la capacité à l'être humain de s'adapter physiquement, psychologiquement et socialement au monde dans lequel il vit (Vithoulkas, 1980).

Plutôt que de parler *de maladie* on parlera d'une personne malade⁴⁰, et les symptômes ou groupes de symptômes indiquent en réalité une altération des forces vitales et le résultat de la lutte du système de défense pour neutraliser le stimulus morbide. « Le mécanisme de défense créant toujours la meilleure protection possible à un moment donné, s'efforçant de limiter les symptômes aux niveaux les plus périphériques » (Vithoukas, 1984, p. 42). Ainsi, ces symptômes ne devraient pas être supprimés mais bien supportés dans leur rôle adaptatif car ils servent un objectif qui est de produire la manifestation la moins nuisible possible pour signaler un dérèglement dans l'équilibre général de la personne. Cette notion de processus adaptatif est d'ailleurs aujourd'hui repris par certains auteurs de MC par rapport aux symptômes de la dépression où, dans un cadre intégratif, émerge une nouvelle façon de considérer et de gérer les personnes souffrant de dépression (Zuess, 2003). *Le diagnostic* tient compte des problèmes fonctionnels et tous les signes physiques, psychologiques, objectifs et subjectifs sont considérés comme des outils à l'établissement du

⁴⁰ « Quand l'homme tombe malade, l'énergie vitale immatérielle (principe de vie) active par elle-même et partout présente dans son corps est, dès le début de la maladie, la seule qui ressente l'influence dynamique de l'agent morbide hostile à la vie. Seul le principe vital, après avoir été ainsi désaccordé, peut procurer à l'organisme les sensations désagréables qu'il éprouve et le pousser aux actions insolites que nous appelons maladies. Car, étant invisible par elle-même et reconnaissable seulement par ses effets dans l'organisme, cette entité énergétique n'exprime et ne peut répéter son dérèglement que par des manifestations pathologiques dans les sensations et fonctions c'est-à-dire par des symptômes morbides. C'est uniquement la rupture de l'équilibre de l'énergie vitale qui est la cause des maladies » (Hahnemann, 1842, p. 40). Selon ce principe, la maladie n'existe que dans la mesure où, à un niveau particulier, la susceptibilité de l'organisme entre en résonance avec un stimuli morbide. Ce stimuli s'appelle facteur déclencheur (micro-organisme, substance chimique, choc émotif, médicament, vaccination, environnement, situation sociale). Une forte susceptibilité, de faibles mécanismes de défense sont nécessaires pour que la maladie se déclare. C'est donc cette faiblesse du mécanisme de défense et non les facteurs déclencheurs, qui maintient l'organisme en état de mauvaise santé (Vithoukas, 1984). On peut faire un parallèle avec une modification fondamentale de l'activité solaire fût-elle momentanée, qui bouleverserait l'équilibre de la vie ici. Une variation de la température altère radicalement l'équilibre de la vie organique. Il en est de même pour notre propre équilibre. (Fournier *et al.*, 2002).

diagnostique du remède, soit une corrélation la plus semblable que possible entre la personne malade et le remède. *La thérapeutique* a comme but le renforcement des forces vitales capables de promouvoir le retour à l'auto-régulation et à la santé. *Le patient* est considéré comme un participant actif dans le processus de recouvrement de sa santé (Aakster, 1986; Furnham, 2002b).

La définition bien répandue, donnée en 1946 par l'Organisation Mondiale de la Santé, selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » va dans le sens de celle de la médecine homéopathique qui attribue aussi la santé non pas seulement à une absence de symptômes, mais à un certain nombre de qualités fondamentales : la clarté et la capacité de raisonner, la cohérence, la logique, la créativité orientée vers le bien d'autrui et vers le sien propre (Vithoulkas, 1984). De plus, l'attention est mise sur le renforcement de tout l'organisme et de sa capacité d'auto-régulation plutôt que d'attaquer directement la pathologie (l'infection ou la tumeur). Il s'agit aussi de l'application d'une vision non cartésienne de la santé qui écarte la discrimination entre le corps, l'esprit et l'environnement comme sources distinctes de la cause des maladies. Même pour Cassell (1992) qui n'est pas homéopathe mais plutôt médecin, la maladie n'existe pas en dehors de la personne qui en souffre.

Certaines études sur la perception de la santé (Wellman *et al*, 2001) ont démontré que quand il s'agit de définir le sens « d'avoir une bonne santé », des adultes plus âgés ayant recours aux praticiens de MNC, n'étaient pas différents des autres groupes. Deux facettes d'une bonne santé se retrouvaient chez tous les groupes. La plus fréquente (43%) était la capacité de fonctionner à un haut niveau sur une base quotidienne. Cette habileté se décrivait aussi comme « la liberté de faire ce que je veux », « d'avoir de l'énergie et de la vitalité » et « de penser positivement ». L'absence de symptômes comme la douleur et l'inconfort venait en deuxième (29%) et le soucis premier était la capacité d'accomplir les activités quotidiennes (Wellman,

et al, 2001). Ceci implique que toutes ces dimensions de la condition humaine peuvent être considérées dans le même cadre thérapeutique ce qui entraîne inévitablement une approche individuelle au traitement afin d'adapter ce dernier aux besoins spécifiques de la personne. Bien sûr, ceci est fort différent de l'approche en MC où un médicament standard et un même traitement sont généralement prescrits à tous les patients ayant la même pathologie en évacuant ainsi les dimensions émotive et sociale de la réalité de la personne.

Ces différences fondamentales dans la façon d'aborder le couple santé/maladie entre la MC et la médecine homéopathique peuvent nous laisser supposer que cela aura une certaine importance sur l'expérience que les mères auront de la consultation homéopathique.

3.1.2 La consultation homéopathique

Le paradigme singulier avec lequel la médecine homéopathique aborde la santé, la maladie et les soins de santé (incluant l'expérience individuelle de la maladie, la relation thérapeutique et la thérapeutique), fait en sorte de transformer la notion même de « consultation ». Dans cette section, nous avons choisi de décrire ce type de consultation afin d'être en mesure de mieux comprendre le rôle que pourrait jouer cette expérience dans le parcours des mères qui consultent en médecine homéopathique.

Si la recherche en médecine homéopathique a traditionnellement porté sur l'efficacité des dynamisations en comparaison au placebo, il y a néanmoins une reconnaissance grandissante de la consultation homéopathique comme étant elle-même une partie de l'intervention thérapeutique permettant la prescription du remède adéquat et agissant aussi en synergie avec le remède prescrit. Cette perspective est possible à travers une

évaluation spécifique des interventions des systèmes complexes comme l'homéopathie (Thompson et Weiss, 2006).

Ainsi, comme nous l'avons mentionné, alors que la MC s'adresse principalement au schéma mécanique du corps, la médecine homéopathique s'adresse à la perception individuelle subjective de l'être et de l'image de son corps : l'image du corps est liée au sujet et à son histoire comme le disait Dolto (1992). En exprimant dans son langage propre, son image du corps, ses sensations, son savoir sur sa maladie, la personne malade nous livre une partie intime et signifiante d'elle-même. « C'est un hublot qui communique avec la totalité. Le fait de ne pas tenir compte de cette dimension va figer le sujet sur le plan de la mécanique impersonnelle de l'objet. La maladie est un vécu des sens, une émotion du corps qui s'exprime [entre autre] à travers l'image du corps [médiatisée par le langage]. [La MC] a figé l'imaginaire dans sa projection symbolique, vision juste mais partielle et "in vitro". Toute la symptomatologie [de la personne malade] qui ne répond pas à ce schéma n'est pas prise en compte. Elle ressortira amputée en partie de son dire avec une thérapeutique certainement adaptée à son syndrome, pas à "sa" maladie. » (Long, 2005, p.1) Donc, lors d'une consultation homéopathique, on entre en communication avec autrui en tenant en général plus compte des sensations du sujet mais aussi des manifestations physiques particulières ou anormales qu'il peut manifester.

La section suivante permettra de décrire les éléments particuliers de la consultation homéopathique que vont vivre les mères. Elle comprend à la fois *l'observation*, *l'expérience individuelle* de la maladie, la *relation thérapeutique* qui se veut égalitaire et le rôle *du remède homéopathique*.

3.1.2.1 L'observation : un regard singulier

Hahnemann, dans l'aphorisme 3 de son *Organon*, disait : « Si le médecin *perçoit* clairement ce qu'il faut guérir (...) alors il sait agir d'une manière judicieuse, conforme au but qu'il se propose d'atteindre, (...). » (Hahnemann, 1842, p. 49). Le mot allemand *einsehen* signifie entrevoir dans le sens moral, c'est-à-dire pénétrer le sens, saisir, comprendre. Ce mot a été traduit dans les éditions anglaises par *perceive*, percevoir (voir en dedans, saisir par les sens), sauf dans un cas où on a traduit par *comprendre*. Il ne s'agit pas seulement de regarder, c'est-à-dire de l'acte consistant à examiner avec les yeux physiques, mais bien de saisir par l'intelligence et la raison et de comprendre clairement. Si Hahnemann avait dit « voir » (connaître par les yeux un objet visible), au lieu de *percevoir*, on aurait pu croire qu'il s'agissait seulement de distinguer visuellement la tumeur à opérer ou de constater la présence d'albumine ou de sucre en examinant l'urine et de croire qu'en enlevant et supprimant toutes ces choses, le malade guérirait. Hahnemann ne considérait pas les lésions anatomo-pathologiques comme seuls indicateurs curatifs. Les indications thérapeutiques curatives, dans chaque cas particulier, procèdent de la totalité des symptômes. La maladie est exprimée par cette totalité (Kent, 1985).

En effet, dans l'*Organon*, l'ouvrage de base sur les préceptes de l'homéopathie (Hahnemann, 1842), on retrouve l'importance des facteurs environnementaux⁴¹ pris en compte par Hahnemann, concernant le cadre et les conditions de vie et d'échange avec l'extérieur, incidence médicale comprise. Il s'agit du cadre de vie géographique (contrées malsaines, habitat, vie en sous-sol, air confiné, pollution), le mode de vie (exercice, travail, occupations, habitudes, genre de vie, loisirs), la nourriture

⁴¹ L'environnement peut se définir comme l'ensemble des conditions naturelles et culturelles susceptibles d'agir sur les organismes vivants et les activités humaines.

(alimentation, boissons, régimes), l'environnement psychosocial et familial (continences forcées, hygiène mentale, faculté de l'imagination, soucis, vexations, déceptions, chocs, surmenage), l'environnement médical (les maladies iatrogènes, les vaccinations, les suppressions – tous les « anti ») (Billot, 2006).

Selon Cassell (1999), le sens des symptômes et la peur sont à la fois personnels et individuels, et même si deux personnes ont les mêmes symptômes, leur souffrance serait différente. L'information sur laquelle repose l'évaluation de la souffrance est subjective. Pour cette raison, en médecine homéopathique, on considère qu'il faut donc connaître la personne comme individu suffisamment pour comprendre l'origine de la souffrance. La correspondance d'Hahnemann de 1831 et 1835, conservée à Stuttgart, soit plus de 5,459 lettres de ses patients, démontre bien l'importance de cette narration de symptômes observés et ressentis, d'états et de situations de vie intimes décrites par ces gens à travers ces lettres personnelles lui étant adressées afin d'obtenir ses soins (Dinges, 2002).

Le traitement homéopathique implique donc un modèle de soin holiste englobant la consultation elle-même, stimulant ainsi chez l'individu la connaissance de ses symptômes, la reconnaissance des causes et des conséquences de sa maladie et possiblement la capacité de faire des liens avec des situations de sa vie de tous les jours et jouant un rôle en prévention (Launso, 2007).

3.1.2.2 La notion d'expérience individuelle de la maladie : un savoir profane subjectif

Les travaux en sociologie qui se sont intéressés au regard médical, ont souvent souligné l'élimination graduelle du malade comme personne et comme sujet du contexte clinique (Carricaburu et Ménoret, 2004). Or, ce qui différencie la consultation en MC de la consultation homéopathique c'est que pendant le processus

de diagnostic, le médecin de MC envisage souvent le corps en dehors de l'histoire de vie du patient, de ses croyances, de ses valeurs et de son environnement social. Ayant son expérience subjective et sa compréhension écartés comme étant sans rapport, la personne malade est ainsi transformée en corps malade, dépendant de l'habileté et l'action du médecin (Scott, 1998). Pourtant, plusieurs patients abordent leurs affections dans un processus de reconstruction narrative (Kleinman, 1988; Williams, 1984) dans lequel ils expliquent leur maladie à travers la réorganisation de leur propre biographie, de leur propre expérience de la souffrance.

La notion d'expérience, comme celle que nous voulons explorer dans notre recherche, celle des mères, a été envisagée en sociologie et en anthropologie en se référant souvent aux maladies chroniques (Delvecchio Good *et al*, 1992; Kleinman, 1988; Thorne, 1999; Williams, 2000). Nous emprunterons la définition de l'expérience humaine élaborée par Jodelet (2006) comme « monde de vie » en opposition au déterministe. « Le sujet ou l'acteur social cesse désormais d'être considéré comme un « imbécile culturel » (...) tout entier soumis à la détermination du social. (...) Il n'en reste pas moins soumis aux contraintes sociales. Mais ces contraintes inscrivent son action dans des registres divers qui ne sont pas forcément congruents. D'où il résulte qu'un espace est laissé au jeu de la subjectivité pour élaborer, dans son expérience particulière, la multiplicité des perspectives qui s'offre à elle. » (*Ididem*, p. 29-30) L'auteure nous donne deux dimensions de l'expérience, soit celle qui est de l'ordre de l'éprouvé, du vécu et l'autre, cognitive qui favorise une expérimentation du monde et la construction d'une réalité. L'expérience amène à l'action et à la transformation et « devrait être d'un grand secours pour l'approche du rapport à la santé, dans la mesure où elle renvoie à la totalité (...). Impliquant un fond commun de savoirs et de significations, elle autorise des interventions thérapeutiques ou correctives qui permettent une resignification des situations, un ajustement des conduites, la création d'un nouvel univers de sens. » (*Ididem*, p.31).

En médecine homéopathique, la maladie présentée par la personne malade, c'est-à-dire *l'expérience* de ses symptômes, son mal, son handicap et la perturbation de son existence émotive et sociale causée par la maladie résultent d'un amalgame fait du processus de la maladie et de la nature spécifique de cette personne (Coulter, 1980; Foladori, 2005; Shuval et Mizrachi, 2004; Tovey *et al.*, 2004). À l'intérieur de cette nature spécifique, il y a une personne avec un passé, une famille, un monde, une culture, des rôles sociaux, des relations, un corps, des rêves pour le futur, des choses à faire, et toutes les autres choses qui font d'elle qui elle est. Et c'est en termes de ces choses qu'elle est malade (Cassell, 2003). Ainsi, la communication de la souffrance ou de la maladie est ancrée dans la réalité sociale et culturelle de la personne qui consulte (Frank, 1995; Kleinmam, 1988; Williams, 2006). La consultation ne peut donc pas être sortie de son contexte sociohistorique. Il en est ainsi lors d'une consultation homéopathique. Le processus de reconstruction narrative de l'expérience de la maladie faite par la personne malade est présumé être en lien avec les contraintes environnementales, politiques et économiques et peut affecter la façon dont il va chercher, recevoir et trouver un sens aux soins de santé.

Si la MC depuis Galien s'attache préférentiellement aux signes diagnostiques et pronostiques et aujourd'hui, se base principalement sur des mesures techniques et pondérables, l'homéopathe, depuis Hahnemann jusqu'à nos jours, s'attarde davantage aux signes diagnostiques de la réaction subjective autant qu'objective du malade, c'est-à-dire à sa façon singulière de vivre son état, observé et perçu à la fois par le patient et le praticien. Le but premier de la consultation homéopathique est donc de connaître le mode réactionnel vital – la façon de réagir - de la personne qui consulte (Sananés, 1999). L'homéopathe s'enquiert des faits marquants de la vie du patient, de son état psychologique, de son adaptation à l'environnement autant physique, affectif que social. Il vérifie ses antécédents héréditaires et collecte toutes sortes d'informations qui faciliteront la compréhension en profondeur de qui il est. Ainsi, les réactions personnelles et les sensations du patient face à une maladie qu'elle soit

aiguë ou chronique sont capitales pour l'homéopathe qui va rechercher chez le malade les signes singuliers, extraordinaires et caractéristiques. Ensuite, l'homéopathe doit explorer les réactions, habituelles ou nouvelles, du patient vis-à-vis des influences extérieures, dans son espace social et culturel, qu'elles soient physiques ou psychologiques (Sananés, 1999) afin de déterminer, avec lui, le remède de la matière médicale qui a provoqué les réactions les plus semblables à ces observations. L'homéopathe a besoin de la connaissance des symptômes très personnels pour pouvoir individualiser le remède et choisir le plus adapté à la demande du patient. Il faut donc que le patient accepte cette enquête parfois très personnelle et fastidieuse.

On comprendra que l'homéopathe passe plus de temps avec les gens, la consultation durant en moyenne une heure, autant à cause de la complexité de la prise de cas, du processus de prescription individualisé basée sur une constellation de données autant physique, émotive que sociales. Ainsi, le traitement homéopathique est moins basé sur des procédures diagnostiques techniques et des tests de laboratoire que sur l'expérience personnelle, le récit de l'histoire de la personne (history taking), et l'observation (Sananès, 1999).

3.1.2.3 La relation thérapeutique

La notion de relation thérapeutique est utile à une meilleure compréhension de l'impact médical et social que pourrait jouer la consultation homéopathique à travers le parcours des mères qui consultent. Des études ont déjà démontré la valeur que donnaient les gens à cette relation unique ainsi que l'effet bénéfique de la qualité de cette dernière sur l'état de santé des gens (Kaplan *et al.*, 1989; Ong *et al.*, 1995).

Selon les critiques de la MC, même si le discours de l'EBM se veut rassurant à propos de l'importance des « soins de santé centrés sur le patient » (Coulter, 1999a; Fairhurst et May, 2001; Guadagnoli et Ward, 1998; Little *et al.*, 2001; Lorig, 2002; Mead *et al.*, 2002), la réalité semble tout autre (Bensing, 2000). La pratique de la médecine semble être perçue comme une entreprise rationnelle où les besoins et préférences individuels ou l'état émotif de la personne qui consulte, sont facilement négligés dans les facteurs de décision concernant un traitement (Maynard, 1997; Smith et Hoppe, 1991; Stewart *et al.*, 1995; Sweeney *et al.*, 1998). La perspective humaniste, psychosociale, les valeurs et la participation du patient dans les décisions n'y trouvent pas leur place (Bensing, 2000). Bien qu'il existe « une pluralité de contextes de rencontres et une diversité des formes de relation » (Adam et Herzlich, 2007, p. 87), l'une des critiques les plus fréquemment émises à l'égard de la MC parle de la relation patient/médecin, comme d'une relation caractérisée par une asymétrie entre le fournisseur de soins et le patient, par un intérêt quasi exclusif envers la maladie (une pathologie organique, un mauvais fonctionnement mécanique du corps) jusqu'à la totale exclusion des contextes sociaux et biographiques de la vie de la personne qui consulte (Fisher, 1991).

Les praticiens de la médecine homéopathique soutiennent que les connaissances objectives et subjectives doivent être intégrées dans la consultation puisque la personne malade qui consulte est faite de toutes ces choses qui constituent un être (corps, désirs, relations, rôles, environnement). Les problèmes que les gens amènent en consultation ne peuvent être séparés des vies psychologiques et sociales qu'ils mènent. Tenir compte de cela influence positivement leurs prises de décision et leurs actions. D'après cette perspective, plus la richesse et la complexité de la connaissance est atteinte à la fois par la personne qui consulte et par le clinicien incarné dans la réalité, plus il sera possible d'avoir un échange chargé de sens, ce qui change forcément le type de relation que le praticien aura avec la personne malade.

3.1.2.3.1 Une relation égalitaire

Il y a plusieurs types de recherches dans le domaine de la relation en consultation homéopathique. Certains chercheurs se sont intéressés aux facteurs qui influencent les façons d'habiliter, de donner du pouvoir et de rendre la personne qui consulte, active, (enablement) dans les décisions dans la consultation homéopathique (Steinsbekk et Launso, 2005). Bien que des facteurs comme la longueur de la consultation et la continuité des soins sont parfois importants, des chercheurs ont démontré que l'amélioration de leur état de santé et l'empathie du praticien et son alliance thérapeutique avec la personne qui consulte affectaient davantage la capacité à donner du pouvoir à la personne qui consulte, que le temps alloué en consultation (Fisher, 2005; Mercer *et al.*, 2002; Mercer et Reilly, 2004; Van Wassenhoven et Yves, 2004). Ces recherches ont démontré que le statut socioéconomique n'était pas associé aux résultats puisque ces soins homéopathiques sont offerts à l'intérieur du système de santé public britannique (Mercer *et al.*, 2002). Des résultats similaires se retrouvent dans l'étude de Luff et Thomas (2000), aussi faite à l'intérieur du système de santé public, où les personnes qui consultent en médecine homéopathique ont une vision positive de la consultation principalement liée au développement d'une relation thérapeutique égalitaire qui leur permet d'être impliquées dans le processus de soins, le partage des décisions et à une expérience positive.

Vincent et Furnham (1997) et Bhopal (1986) ont démontré que le fait de désirer une relation égalitaire avec le praticien augmente le recours à une pratique de santé non conventionnelle. Coulter (1999b) illustre que le paternalisme (et le « doctor – or nurse knows best ») présent dans les services de santé conventionnels, même s'il est bien intentionné, crée et entretient une dépendance qui n'a pas sa place dans une société comme la nôtre qui prône la prise en charge de sa santé (Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1998, p.1). Certains auteurs examinent l'expérience de gens

traités dans le contexte du modèle de pratiques de santé intégrées, particulièrement le type de relation avec le praticien, la qualité de la communication avec ce dernier, le partage des décisions et le résultat sur leur santé (Caspi *et al.*, 2004; Koithan *et al.*, 2007; Scott, 1998).

La différence fondamentale que l'on retrouve entre la consultation en MC et la consultation homéopathique réside avant tout dans la compréhension homéopathique du corps humain comme étant un agent *actif, savant et compétent* (Manning et Vanrenen, 1988; Vithoukas, 1984). Ceci fait en sorte de redéfinir la relation médecin/patient généralement faite de dominance, de dépendance, d'autorité (Ehrenreich et Ehrenreich, 1978) et de briser le rôle traditionnel de passivité, de conformisme, de peur et d'obéissance du patient (Ehrenreich et Ehrenreich, 1978; Stacey, 1997), souvent source d'insatisfaction face à la MC (Astin, 1998; Furnham et Vincent, 2003; Vincent et Furnham, 1996,1997). « La relation très inégalitaire entre le soignant et le soigné, le rapport entre des hommes-thérapeutes et des femmes-mères est à la source d'itinéraires thérapeutiques (...) » (Benoist, 1996, p. 492). Les études sur les MNC indiquent qu'une pratique de santé comme la consultation homéopathique permet une expérience positive de contrôle, d'action et de pouvoir (Sointu, 2006) en redonnant un rôle central et actif à la personne qui consulte, donc une possibilité de prise de pouvoir ou « *d'empowerment* » (Scott, 1998; Sointu, 2006). Cet *empowerment* contribue en partie à redéfinir la place et le rôle de la personne qui consulte dans le processus de prise en charge à travers le traitement.

3.1.2.3.2 Le rôle du remède dans la relation thérapeutique

En médecine homéopathique, le remède est perçu comme un médiateur, un intermédiaire (Milgrom, 2004) dans cette relation thérapeutique qu'est la consultation. La notion du remède comme agent d'information provient d'un

paradigme appelé aussi le paradigme des signifiants corporels développé par Bastide *et al.*, professeure d'immunologie à l'Université de Montpellier I (1995), qui met en évidence la capacité de communication du corps vivant (corps et psyché) avec le monde intérieur et extérieur (Bastide *et al.*, 1995; Lagache, 1988). Ce paradigme est dépendant de la définition même du corps vivant où celui-ci est considéré comme étant « dans un processus d'apprentissage continuels aux niveaux physique et psychique. Il n'est jamais indépendant de son environnement et est en relation continue avec le monde extérieur : il est capable de recevoir et de traiter des informations. Le corps biologique n'est donc pas un objet inerte régi par les lois de la mécanique » (Bastide, 1999, p. 2). Selon Bastide (1999), le remède dilué et dynamisé a acquis des propriétés différentes car en représentant une pathologie déclenchant des symptômes identiques par une analogie de structure, et non par une identité d'objet, il devient informant et capable d'agir à un niveau différent en étant perçu par l'organisme comme une maladie artificielle, allégée. L'information est ainsi transférée par un support (par exemple électromagnétique) et n'a pas d'existence propre si ce n'est par les modifications qui se produisent chez le receveur. Son effet est global même « s'il existe un "récepteur" du support au sens matérialiste du terme, de la même façon que la musique, transférée par un support ondulatoire, perçue par l'oreille, a un "sens" pour notre corps et notre psyché » (Bastide, 1999, p. 7)⁴².

Plusieurs auteurs ont élaboré diverses théories reliant l'action thérapeutique et le rôle du remède homéopathique comme agent de liaison entre le praticien et la personne qui consulte (Hyland et Lewith, 2002; Konitzer et Bahrs, 1998; Konitzer, *et al.*, 2003; Lewith *et al.*, 2003; Milgrom, 2004). Selon Konitzer (2003), par la similarité de la description des caractéristiques du remède avec celles de la personne qui consulte et

⁴² L'information ne se manifeste donc que grâce à son traitement par le receveur, qui va modifier son état initial avec effet de mémoire, selon le niveau d'information. L'information immunologique rentre également dans ce cadre. » (Bastide, 1999, p. 8).

décrit ses symptômes, le remède agit un peu comme une métaphore. Les fonctions d'une métaphore incluent le fait de mettre dans une forme que nous connaissons, quelque chose qui est inconnu ou incompréhensible et la capacité de pouvoir exprimer des concepts complexes relatifs à la santé et la maladie.

Sans rentrer dans les détails de la théorie homéopathique⁴³, nous pouvons dire que la pratique de l'homéopathe est fondée sur la recherche d'une similitude entre les signes et les symptômes présentés par une personne malade et ceux qui ont été développés par l'administration de substances données à des sujets sains⁴⁴. La base du traitement homéopathique est d'adapter le profil de la personne malade (l'expérience décrite de ses symptômes) à un remède de la *materia medica*. Ces symptômes indiquent non une maladie, une entité réifiée que l'on peut conceptualiser, décrire objectivement et connaître en dehors de la personne malade, mais ils indiquent l'état de la personne dans sa totalité, avec sa constitution, ses prédispositions, ses susceptibilités autant physiques que psychiques. Cette recherche, soit de faire correspondre le plus précisément possible les signes et symptômes qu'une substance médicamenteuse produit, à ceux d'une personne malade, conduit l'homéopathe à poser le diagnostic du « *similimum* » (diagnostic du remède le plus semblable). Cette pratique homéopathique, née de l'expérimentation de substances sur une personne saine (pathogénésie), implique la mise en œuvre de l'individualisation du traitement et

⁴³ Pour plus d'information sur le sujet, voir : Hahnemann, 1982, Vithoulkas, 1984, Tétou, 2000, Fournier, *et al*, 2002, Taillefer, *et al*, 2004.

⁴⁴ Il fut nécessaire, pour connaître les propriétés homéopathiques des substances, de les expérimenter, administrées à doses subtoxiques ou infinitésimales, sur des volontaires en bonne santé; c'est ce qu'on appelle la pathogénésie qui fait naître des symptômes de tout ordre : physique, émotif ou mental. Aussi, contrairement à la MC et aux laboratoires toujours en quête de nouveaux médicaments, il est constaté que les connaissances acquises sur les remèdes homéopathiques ne sont pas réfutées avec le temps et que les homéopathes utilisent encore les remèdes qu'avait expérimentés Hahnemann, il y a 200 ans.

l'emploi de doses infinitésimales dynamisées (extrêmement diluées et fortement secouées) (Fournier *et al.*, 2002; Taillefer *et al.*, 2004).

Dans la perspective de la consultation homéopathique, le remède comme outil qui traduit par sa description, l'expérience de la personne qui consulte, devient effectivement un agent de liaison dans la relation thérapeutique. Il est important de comprendre cet élément en lien avec l'importance notée par les mères de leur participation active à la consultation en homéopathie.

3.2 LE CONSTRUCTIVISME SOCIAL FÉMINISTE ET LA VOIX DES FEMMES SUR LA SANTÉ

Cette section a pour but présenter le point de vue que nous adopterons pour analyser nos résultats, celui du constructivisme social féministe. En effet, la sociologie de la santé des années 1970, influencée par le mouvement féministe, a permis de mettre en lumière que le vécu des femmes était évacué de la pratique médicale. Selon Laurin-Frenette (1981), ceci a eu un impact sur la recherche en sociologie puisqu'il fallait remettre en question la méthode scientifique, son réductionnisme et sa compréhension unilatérale des faits, pour réintroduire la subjectivité, le vécu des femmes et abolir la distance entre le sujet et l'objet. Ainsi était-il réaliste d'adopter une perspective globale de la santé où il est possible de reconstruire une identité et une autonomie qui va au-delà du morcellement de la vie des femmes. Peut-il y avoir une « sociologie des femmes » où ces dernières deviendraient « le siège et le support de cette connaissance » dans cet « univers masculin du discours » ? (Laurin-Frenette, 1981, p. 11) Comme le dit Gaucher (1981), « la recherche féministe en milieu universitaire n'est pas facile. » Mais « la démarche des femmes servira peut-être de tremplin à la sociologie de la santé, lui permettant d'analyser la santé dans son rapport à la vie, y réintégrant l'ensemble des dimensions sociales, économiques, politiques, biologiques et psychologiques qui la déterminent » (Gaucher, 1981, pp. 151-152).

Comment les contraintes des méthodologies influencent-elles ce que nous voyons comme étant la nature de l'être humain ? Comment l'idéologie, les valeurs et la place que nous avons dans la société influencent-elles les méthodes et l'interprétation des faits ?

Si nous nous situons du point de vue de la sociologie compréhensive (Weber, 1965) en ceci qu'elle aborde les phénomènes sociaux comme le produit d'actions humaines, une théorie contemporaine comme le constructivisme social peut être d'une grande fécondité (Berger et Luckmann, 1967). Le paradigme constructiviste a été largement décrit par des chercheurs en faisant référence à la construction du savoir (Denzin et Lincoln, 2003) et comme une perspective particulièrement appropriée pour un questionnement sur le monde socio-culturel de la médecine, de la santé et de la maladie (Armstrong, 1983, 2002; Lupton, 1995; Petersen et Bunton; Turner, 1995). Selon Lupton (2003), tout savoir est inévitablement le produit de relations sociales et est sujet au changement. Le savoir n'est donc pas universel et indépendant, mais participe à la construction de la réalité. L'approche constructiviste considère ainsi que la connaissance n'est pas prédéterminée, qu'elle est liée au sujet et se construit à travers l'interaction constante avec le milieu. Les sujets humains sont ainsi perçus comme étant constitués dans et à travers le discours et les pratiques sociales. En effet, les actions que nous prenons et nos décisions vis-à-vis de la santé, la prévention et le traitement des maladies, comme réalités sociales, restent essentiellement un processus en construction (Freund *et al.*, 2003). On peut se référer ici, à la théorie de l'action sociale de Weber, où il est dit que le modèle d'interaction sociale chez les individus combine à la fois les informations de la structure sociale (économique et historique) et individuelle (les motivations, la cognition, les émotions). Plusieurs disparités peuvent survenir entre les possibilités et les contraintes de la structure sociale et les aspirations et les besoins d'un individu socialement modelé (Siegrist, 2003). Une des constructions de la réalité des individus, principalement celle des femmes, est le processus de médicalisation.

3.2.1 La médicalisation du corps des femmes

La médicalisation est un processus selon lequel des problèmes habituellement considérés comme n'étant pas médicaux vont le devenir et être traités comme tels en définissant rationnellement et en classant toute manifestation symptomatologique et nosologiques (Carricaburu et Ménoret, 2004). Les problèmes de santé, les problèmes personnels, sociaux et autres maux sont multipliés en pratiques règlementées (Laplantine, 1986). C'est une tendance intellectuelle majeure des XX^{ème} et XXI^{ème} siècles, et considérée comme étant une transformation sociale graduelle par laquelle la médecine, avec ses modes de pensées distincts, ses modèles, ses métaphores et ses institutions, arrive à exercer une autorité sur des secteurs de la vie qui n'étaient pas considérés comme médical auparavant (Pinell, 1996; Tiefer, 1995) ce qui d'une part occupe tout le champ des significations et participe à l'insécurité et à l'impuissance individuelle et collective (Laplantine, 1986). À travers une standardisation des soins, une rhétorique statistique sur les risques en santé (Ménoret, 2007) et avec des mesures d'enquêtes de la santé portant sur toutes les femmes, on arrive à installer un appareillage de surveillance (Vuille *et al*, 2006).

Selon plusieurs auteurs (Armstrong, 2003; Conrad, 1992; Delanoë, 1998; Illich, 1975; Massé, 1995), la médicalisation sert une fonction de contrôle social par le diagnostic où des catégories sociales étiquettent les différents âges de la vie humaine : la naissance, la puberté, la conception, la grossesse, la ménopause, la vieillesse, puis, l'épuisement, le deuil, l'homosexualité, la timidité, l'obésité; ainsi on classe les citoyens en catégories⁴⁵. Selon Zola (1981), critique d'économie politique, la

⁴⁵ « Cet étiquetage en vient à faire partie intégrante de la culture populaire lorsque le profane accepte comme une chose « naturelle » et banale le fait que (...) la vie n'est plus une succession de différentes formes de santé, mais une suite de périodes qui exigent chacune une forme particulière de consommation thérapeutiques » (Illich, 1975, p. 61-62).

médicalisation est le mieux représentée par l'institution biomédicale. Les travaux d'Illich en sociologie médicale sur sa critique de la domination des institutions (Dingwall et Hobson-West, 2006) et les conséquences de la médicalisation sur la perte de capacité des gens à être autonomes, abordent précisément la question des pratiques légitimes en santé, et sont cités dans de nombreux ouvrages de référence sur le sujet⁴⁶. Ceci rejoint une de nos hypothèses selon laquelle l'impact social du recours à la consultation homéopathique pourrait amener une certaine autonomie en donnant des outils face à sa santé, en habilitant les gens et en tenant compte d'une culture médicale profane. Cette autonomie peut-elle contrer en partie le processus de médicalisation ? Qui décide si on est malade ou pas, peut-on ne pas consulter un médecin ou a-t-on accès à quelqu'un d'autre puisque l'organisation sociale, économique et politique de notre système de santé est construite et organisée exclusivement autour de la MC comme pratique légitime ?

3.2.2 Le constructivisme social féministe

Nous aborderons l'analyse de nos résultats à travers la théorie du constructivisme social féministe qui s'intéresse à cet aspect parfois négligé des relations de pouvoir, en incorporant des préoccupations de la perspective de l'économie politique et en se penchant aussi plus précisément sur les aspects sociaux de la MC, le développement des savoirs et des pratiques médico-scientifiques et profanes. Ainsi, l'état de maladie et les expériences corporels sont interprétés via l'activité sociale et ne peuvent être examinés qu'en utilisant l'apport d'une analyse sociale et culturelle. Dans la perspective du constructivisme social, le savoir médical devient non pas un savoir qui augmente vers un raffinement et un perfectionnement, mais devient une série de

⁴⁶ Par exemple voir Dufresne *et al.*, 1985; Lock et Gordon, 1988; Albrecht *et al.*, 2003; Freund *et al.*, 2003; Kelleher *et al.*, 2006; Lupton, 2003.

constructions dépendantes des conditions socio-historiques dans lesquelles elles se produisent et sont alors constamment renégociées comme produit social, au même titre que le savoir profane sur la médecine (Lupton, 2000).

Cette perspective théorique affirme que le pouvoir médical ne réside pas seulement dans les institutions et l'élite qui les compose mais est aussi entretenu par les individus dans leur socialisation à accepter certaines valeurs, normes et comportements. On reproche au constructivisme social de ne se concentrer que sur le niveau macro du discours médical pour généraliser et de négliger l'aspect micro où le processus discursif prend place dans l'expérience de la vie de tous les jours et où ce discours permet la résistance et l'action (*agency*). Néanmoins, la plupart des constructivistes reconnaissent que des expériences comme la maladie et la douleur existent à la fois comme réalités biologiques et qu'elles trouvent aussi un sens étant comprises à travers des processus sociaux et culturels. Ils reconnaissent également qu'exposer les bases sociales de la médecine, des soins de santé et de la maladie, rend ces phénomènes disponibles aux changements, à la négociation et à la résistance en remettant en question les inégalités qui existent dans le système de soins de santé (Frohlich *et al.*, 2001; Scott, 1998).

De plus, la préoccupation de plus en plus grande du *rôle du langage et du discours* (avec Saussure ou Barthes) (Barthes, 1982) dans la constitution et le maintien de l'ordre social et des notions de réalité, est une étape majeure dans l'analyse du sens et à l'idée que nous avons à la fois de la MC et des MNC. La conception post-structuraliste du discours nous permet de comprendre que le langage n'existe pas dans un vacuum social mais est implanté dans un cadre social et politique, utilisé avec certaines intentions. Il existe une relation entre le discours, cette façon dont nous parlons et représentons visuellement un phénomène, et les pratiques, les actions et les

activités entourant ces phénomènes⁴⁷. Ainsi, si les pratiques constituent et renforcent les discours existants, le contraire est aussi vrai. L'analyse du discours a le potentiel de démontrer le processus par lequel la biologie et la culture interagissent dans la construction sociale de la maladie et les façons dont la culture occidentale utilise la maladie pour définir les frontières sociales (Lupton, 2003). Si le discours est une forme de pratique sociale (mode d'action et de représentation) qui contribue à la construction du savoir sur soi et que l'on s'intéresse au rôle constitutif joué par le langage dans la création du sens et des notions de réalité (Fairclough, 1995), alors il est essentiel de donner la place centrale à la parole des acteurs et des actrices de cette pratique sociale et d'en tenir compte. Dans notre étude, nous donnerons donc la parole aux mères.

3.2.3 La parole des femmes

Si, comme féministes, nous reconnaissons que les participantes à nos recherches possèdent l'habileté d'évaluer une situation, d'y réfléchir et de trouver les solutions, nous pouvons souhaiter entrer dans une différente relation en recherche avec elles, une relation où l'intention est de redonner le pouvoir aux participantes (Del Busso, 2007; Rutherford, 2007). Les voix que nous avons choisies d'exprimer dans cette étude représentent les expériences individuelles de femmes, plus précisément celles de mères. Ces voix sont rarement entendues ou prises en compte, d'autant plus que les soins de santé ont médicalisé la vie sociale des femmes (et des enfants) autant que la MC en a médicalisé leur santé, les définissant essentiellement en terme de

⁴⁷ Par exemple, la façon d'aborder la ménopause dans le discours dominant au tournant du XXIème siècle est dominée par la vision négative de la biomédecine sur la ménopause, définit et construite comme étant une *maladie* causée par une *déficience* en estrogènes, un *déclin* dans la santé des femmes requérant une intervention médicale (Lock, 1993; Lyons et Griffin, 2003).

« patientes » plutôt que comme « participantes » de la vie sociale (Boote, 2002; Conrad, 2007; DiQuinzio, 1999; Lindendaum et Lock, 1993; Stoppard, 2000).

Nous avons l'intention de mettre de l'avant l'importance du discours des femmes en santé (Bungay et Carter Keddy, 1996; Harding, 2004; Stoppard, 2000) dans une perspective empruntée à la sociologie constructiviste et féministe de la connaissance. Ce cadre théorique en lien avec la méthodologie employée, soit l'analyse thématique descriptive, est un modèle de la réalité qui influence notre recherche en termes de choix de question, d'hypothèses sur les facteurs causals et l'interprétation de nos données.

La position et le rôle des femmes comme sujets et agents de recherche sont considérés à travers la lecture d'une sociologie de la connaissance pour qui cette dernière est considérée comme un phénomène social. En s'intéressant aux modes de pensées des individus saisis en fonction de leur groupe d'appartenance et de la situation qu'ils occupent dans un état de société donné, la sociologie de la connaissance a pour but de mettre en lumière la manière dont les gens pensent effectivement au quotidien. La perspective du constructivisme social, influencée par la phénoménologie et la sociologie de la connaissance appliquée à l'analyse de la santé, de la maladie, de la MC et la MNC, nous permet ici de réviser la notion de réalité créée par l'acculturation et les relations sociales. Les travaux de Berger et Luckmann (1967) sur la nature sociale de la connaissance et le processus d'institutionnalisation (Lupton, 2003), attirent notre attention sur le rôle joué par le langage dans la constitution des notions de réalité incluant notre compréhension et notre expérience d'incarnation. Pour ces auteurs, le monde social objectivé est doté de sens par le langage (nommer les choses, c'est déjà légitimer leur existence), qui fournit une explication générale du monde.

Cette perspective du constructivisme social féministe a vu émerger dans les années 1970 et 1980 une critique théorique féministe à propos des relations entre la production du savoir et les pratiques du pouvoir : le « feminist standpoint theory » ou la théorie du point de vue féministe. Cette théorie est fondée sur le constat que les femmes ont été réduites au silence par une société centrée sur le masculin qui, non seulement rend invisible les femmes socialement, mais efface même la trace de leurs actions et de leurs paroles. Se servir de ce point de vue féministe et du constructivisme social pour supporter l'analyse du récit des femmes permet d'interrompre les discours dominants en leur donnant la possibilité de re-penser leur pratique pour qu'elles puissent ré-écrire leurs histoires, tout en recherchant des vérités alternatives (Stoppard, 2000). Les analyses basées sur les expériences vécues racontées par les femmes fournissent également une façon de démontrer la pertinence de ce savoir profane et son intérêt dans la recherche sur les pratiques de santé. (Doyal, 2006).

Bien que le feminist standpoint theory soit critiqué quant à sa validité (Rose, 2001), nous considérons que, puisqu'il existe une multitude de réalités qui peuvent être observées et vécues, il est nécessaire, d'un point de vue épistémologique, d'accorder une attention particulière à celle des groupes dominés, afin de valoriser des savoirs restés silencieux et de leur donner du pouvoir.

L'apport des théories féministes a permis une critique de la MC (et de ses techniques) et de la construction sociale du genre sexué dans le discours médical⁴⁸. Bien qu'il y ai

⁴⁸ Le corps des femmes y a été historiquement représenté et traité comme étant spécialement menaçant à l'ordre moral et à la stabilité sociale principalement à cause de la prétendue dangerosité de leur nature sexuelle (Lupton, 2003). Deux idéologies paradoxales ont été entretenues dans le discours et l'imagerie des textes médicaux et dans les pratiques médicales, soit d'un côté, de représenter les femmes comme faibles et défectueuses (taille du cerveau, forme du bassin, discours pathologique sur la ménopause ou la période pré-menstruelle décrivant l'incapacité ou l'insuffisance ovarienne), et de l'autre, comme

différentes positions féministes sur l'évaluation des bienfaits offerts aux femmes par la technique médicale, il est entendu que tout ceci a comme résultat le fait qu'il est maintenant impossible pour les femmes de séparer l'expérience qu'elles ont de leur corps, du discours et des pratiques qui les constituent depuis la fin du 19^{ème} siècle (Lupton, 2003) et qui se sont développés dans une culture biomédicale. Malgré cela et grâce à leur expérience de mères ou de soignantes dans les familles, le « caring labor » - (Rose, 2004; Ruddick, 2004), rôles socialement inscrits dans leur parcours et construits à l'intérieur des discours sur la féminité (Stoppard, 2000), les femmes ont développé un savoir « d'expert profane » sur la santé. C'est précisément ce discours qui nous permettra d'explorer la trace laissée, l'impact social et médical de la consultation en médecine homéopathique comme pratique de santé.

3.3 DE L'EMPOWERMENT À LA CAPACITÉ D'AGIR SUR SA SANTÉ

Nous nous intéressons à la fois au parcours des mères vers la consultation homéopathique, à l'impact médical et social de ce type de pratique de santé, tout en nous demandant si cette pratique de santé peut contribuer à l'*empowerment* et à une certaine autonomie face à la santé des gens. Pour répondre à ces questions, cette section nous permettra de mieux mettre en lumière les concepts étudiés en sciences

dangereuses (ovariectomie, hystérectomie et clitoridectomie furent développées pour traiter toutes sortes de maladie y compris des maladies mentales). L'émergence de spécialisations comme la gynécologie et l'obstétrique montre comment le corps des hommes et des femmes ont été traités différemment par la biomédecine, depuis le début du 19^{ème} siècle, légitimant une plus grande médicalisation de la vie des femmes et un important développement technologique (technologie chirurgicale comme l'utilisation de la salle opératoire et la pratique systématique de l'épisiotomie à l'accouchement ou la technologie prénatale comme l'amniocentèse, mais aussi chimique, avec les technologies contraceptives, reproductives et abortives). Voir par exemple, à ce sujet les travaux de Ehrenreich et English, (1974), de Laws sur les menstruations (1990) ou de Lock (1988, 1993) sur la ménopause.

sociales (Breton, 1994; Hannah-Moffat, 2000; Le Bossé, 2003) sur l'*empowerment*⁴⁹ et la capacité d'agir (*agency*). En effet, il existe une certaine littérature sur le sujet de l'autonomisation (Fisher, 2008) chez les patients (Frank, 1997 ; Thompson, 2003) qui consultent en MNC et particulièrement ceux en homéopathie (Bishop et Yardley, 2004; Scott, 1998 ; Steinsbekk et Launso, 2005).

L'empowerment :

D'abord, selon Le Bossé (2003), l'*empowerment* serait en bref, « la capacité des personnes et des communautés à exercer un contrôle sur la définition et la nature des changements qui les concernent » (p. 32), donc de s'approprier un pouvoir par une « démarche d'affranchissement personnel ou collectif qui implique une plus grande prise de contrôle par le bénéficiaire sur le processus même de l'intervention sociale » (Quirion et Bellerose, 2007, p. 39). Ce terme est donc utilisé pour toute stratégie qui vise à restaurer une plus grande autonomie aux individus et aux groupes (Quirion et Bellerose, 2007). Baistow (1995) est plus précis en parlant de prise de contrôle des circonstances pour atteindre des buts et ainsi travailler à maximiser la qualité de leur vie. Mais l'appropriation du pouvoir, de qui, pour qui, comment et pourquoi ? Car vraiment définir la notion d'*empowerment*, n'est pas une chose simple. D'après Lemay (2007, p. 168), « l'*empowerment* suppose: 1) la présomption de compétence des personnes, 2) la prise en compte des dimensions individuelles et sociales des problèmes, 3) la reconnaissance des facteurs d'inégalité sociale comme obstacles au développement des compétences, 4) la reconnaissance de la capacité

⁴⁹ Il est un peu risqué de vouloir traduire le mot *empowerment*. Plusieurs termes ont été explorés (Le Bossé, 2003), mais ce débat ne fait pas partie de notre projet. Nous aurions pu choisir *habilitation* (rendre apte) car c'est ce qui est proposé par l'Office de la langue française au Québec, mais nous croyons que ce terme ne rend pas justice au rôle central des acteurs qui possèdent déjà des connaissances essentielles pour envisager des questions liées à la santé.

d'autodétermination des personnes vues comme des agents actifs capables d'évoluer et de transformer leur environnement social pour répondre à leurs besoins ». Alors pour arriver à faire une telle démarche, il faut aussi mettre en valeur la parole de ces personnes dont les compétences seraient souvent sous-estimées (Charpentier et Soulières, 2007).

La capacité d'agir :

Comme résultat à la démarche d'*empowerment*, la capacité d'agir (*agency*) fait partie de la nature de l'action humaine, et se définit plus précisément, par la compétence des sujets à agir intentionnellement en s'appuyant sur les ressources disponibles (Frank, 1997). Pour avoir cette capacité d'agir, il faut développer un certain *empowerment*, c'est-à-dire acquérir le pouvoir de décider de son destin.

L'intention des acteurs du système de soins de santé est de développer des soins centrés sur le patient et la prise en charge de sa santé⁵⁰ (Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1998, p.1), ce qui impliquerait un certain discours sur l'autonomie du patient, son consentement éclairé et son *empowerment*.

Le contexte de la consultation en MC :

Pourtant, dans le contexte de la consultation en MC, la position des médecins comme experts implique avoir une autorité sur les patients considérés comme non experts (Bishop et Yardley, 2004). Si, pendant le processus de diagnostic, le corps est perçu

⁵⁰ Loi médicale québécoise : 4° l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant; 5° l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. (Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1998)

isolément de l'histoire, de l'environnement social, de la propre expérience et de la compréhension de la personne malade, elle sera dépendante des habilités et des actions de son médecin, engendrant ainsi passivité et peur. Certains critiques de la MC (Horton-Salway, 2001; Illich, 1975, 1990; Ware, 2002) ont aussi souligné que le fait de ne pas consulter un médecin et l'auto-traitement sont considérés comme des choix irresponsables plutôt que d'être valorisés comme un exercice d'autonomie personnel et peuvent être même socialement sanctionnés. L'action responsable face à la maladie est de consulter un médecin et le discours scientifique biomédical peut être utilisé pour légitimer le statut de santé d'un individu ou pour définir un niveau de risque.

Le contexte de la consultation en médecine homéopathique :

Dans le contexte de la consultation en médecine homéopathique, une des étapes est de raconter l'histoire de sa maladie, incluant les causes perçues, le contexte d'apparition et toutes les sensations entourant cette expérience. Certains auteurs (Frank, 1998; Mercer *et al.*, 2002; Scott, 1998) considèrent cette narration de l'histoire de la maladie avec ce qu'elle permet de compréhension, comme une action pouvant permettre un certain *empowerment* dans la prise de décision, par la reconnaissance du discours de la personne malade. Certaines études ont démontré que la qualité d'une consultation médicale, c'est-à-dire la qualité de l'écoute, le temps alloué et la continuité des soins étaient des facteurs essentiels à l'*empowerment* (Howie *et al.*, 1999; Mead, *et al.*, 2002). Justement par sa qualité et la relation qui se veut égalitaire et avec une participation aux décisions, en incorporant l'expérience subjective, les facteurs sociaux et environnementaux, la consultation en homéopathie semble offrir aux gens un moyen de négocier une capacité d'agir (*agency*) tout en refusant l'absolue responsabilité et l'imputabilité morale pour sa santé (Bishop et Yardley, 2004 ; Scott, 1998 ; Steinsbekk et Launso, 2005).

Cet *empowerment* et cette compétence acquise des individus à agir intentionnellement en s'appuyant sur les ressources disponibles peut venir du fait d'être traité dans sa globalité plutôt qu'en parties de corps malade, de la reconnaissance de l'importance de tous les facteurs, à la fois médical et social, pathologique et psychologique, du fait d'inclure le partage d'informations, l'éducation et la prévention avec le diagnostic et le traitement et enfin de reconnaître le patient comme un expert sur sa propre vie. Tout cela pourrait maximiser la voix des patients, leur participation dans le processus et leur potentiel pour l'action (*agency*) et pourrait peut-être aussi minimiser l'impact de la délicate relation patient/praticien. De plus, selon Sointu (2006), le sentiment de bien-être est lié au fait d'être entendu, pris au sérieux, d'être validé dans son expérience de la maladie, ce qui implique que la reconnaissance donne un sentiment de pouvoir, de contrôle et d'action.

3.3.1 Le sens de la cohérence comme outil d'*empowerment*

La souffrance et la maladie créent un problème de sens parce que, entre autres, il y a interruption de la vie quotidienne, de son organisation et de son ordre (Kleinman, 1988). Cette perte de sens peut contribuer à un sentiment d'inhabilité. Une importante étude sur l'impact de la leucémie chez les enfants (Comaroff et Maguire, 1981) a révélé que les gens touchés par cette réalité vivaient de l'incertitude et une quête de sens. Les systèmes médicaux dans toutes les cultures rétablissent l'ordre face à la maladie principalement par une action diagnostique, que ce soit par un examen physique, une résonnance magnétique, une révélation divine, un ordinateur ou la signification des symptômes, mais toujours en donnant au problème une forme reconnaissable (Freund, *et al*, 2003). L'expérience est en elle-même productrice de sens (Massé, 1997) et contribue même à construire le sens d'un événement (Lagache, 1997b). Selon Zola (1966), les médecins, formés à simplement analyser objectivement et à standardiser les traitements, ne tiennent pas compte de la variation

de perception et d'expression des symptômes ni du modèle explicatif du patient d'où l'insuccès de certains de leurs traitements. Cependant, le diagnostic, représentation occidentale de la maladie même dans les médias, pourrait ne pas suffire à répondre aux questions du sens de la maladie.

Antonovsky (1979, 1987) a fait un apport fondamental à cette notion de « quête de sens » en démontrant les conséquences de l'orientation pathologique vers la maladie, argumentant qu'il est bien plus utile pour les chercheurs et les cliniciens d'orienter leur vision sur la santé et sur les forces qui aident les gens à fonctionner efficacement même en présence d'influences à risques. Pour Antonovsky, la santé est relative dans un continuum et la question clef en recherche est qu'est-ce qui cause la santé (salutogénésis) et non les raisons de la maladie (pathogénésis). Cette résistance de certains individus dans des populations à ne pas tomber malades malgré des facteurs de stress bien identifiés, est appelée salutogénésis. La perspective salutogénique se concentre sur 3 aspects : le problème à résoudre pour trouver des solutions, l'identification des ressources de résistance généralisées qui aident les gens à se diriger vers une santé positive et l'identification d'un sens global et pénétrant pour les individus, les groupes, les populations ou les systèmes, qui sert de mécanisme général ou une capacité pour ce processus, qu'on appellera le sens de la cohérence (SOC). Ce SOC est donc une disposition d'orientation qui permet d'expérimenter des stressors comme compréhensibles, maniables et significatifs. Ce qui affectera donc le SOC sera par exemple, des facteurs culturels ou la position sociale. Antonovsky insiste sur l'importance sur la santé du sentiment de pouvoir. Ce n'est pas de contrôle dont il s'agit mais plutôt du sentiment d'être participant dans le façonnement de notre destin qui donne un sens de cohésion.

On peut faire un lien entre le SOC et la consultation en médecine homéopathique. Selon Scott (1998), la prise en considération de tous les symptômes, physiques et psychoémotifs, du contexte familial et social, bref de l'individu dans sa totalité

permet à ce dernier de comprendre et de faire des liens de causalité, lui donnant ainsi un sentiment d'*empowerment* et une capacité d'agir. Cette orientation, plus salutogénique que pathogénésique, (améliorer la santé plutôt que vaincre la maladie) est ce qui semble, pour certains auteurs, rendre l'approche de la médecine homéopathique particulièrement appropriée pour développer une autonomie en habilitant les gens face à leur santé (ECH, 2004; Roberti di Sarsina, 2007).

3.3.2 Savoir expert, savoir profane

Ainsi, pour mettre en valeur la parole de ces personnes dont les compétences sont souvent sous-estimées, il s'agit ici de la parole des mères, il nous faut tenir compte des concepts de « savoir expert » et « savoir profane ». Selon Hoggett (2001), un des éléments de l'environnement des individus qui entrave l'*empowerment*, survient quand ce dernier est construit par les mécanismes de gouvernance et l'influence du savoir expert. Il semble qu'on attende du citoyen responsable, qu'il atteigne un sens du bien-être et de l'*empowerment* par une réflexion incorporant les conseils des experts, ceux principalement compatibles avec la pensée hégémonique (Fisher, 2008).

En fait, reconnaître la valeur de l'expérience et le pouvoir profane sur la santé et la maladie représente un changement majeur (Frank, 1997). Depuis la dernière moitié du XX^{ème} siècle, il y a de plus en plus d'importance accordée aux efforts pour éviter la mauvaise santé, principalement à cause des coûts mais aussi pour la prévention des maladies (Agence de la santé publique du Canada, 2005; Department of Health, 2004). Ce changement est reflété par un certain corpus de travail explorant les théories profanes surtout à partir de leur compréhension de la santé et de la maladie (Blaxter, 1997; Popay *et al.*, 2003; Prior, 2003; Williams et Popay, 2006). Étudier la santé et la maladie du point de vue de l'intervention de ce savoir profane dans la sphère de la santé publique pourrait offrir la possibilité de mieux comprendre les

choix de pratiques de santé que font les gens. Toutefois, quand il s'agit de tenir compte de la perception des gens face à la santé et la maladie et leur désir d'avoir accès à d'autres pratiques de santé, c'est encore principalement le pouvoir du savoir de l'expert qui entre en jeu.

Selon Blais (2006, p. 152), « la prégnance des savoirs experts ces dernières décennies s'accompagne d'une dévalorisation des savoirs profanes, ces savoirs de tous les jours, ces rituels, ces connaissances, ces croyances et ces pratiques qui sont, depuis toujours, essentiels à l'autonomie individuelle et collective. La relégation de ceux-ci à un statut d'insignifiance, au sens propre et statistique, contribue à élargir le fossé entre savoirs experts et savoirs ordinaires. (...) D'un côté, inflation du discours expert sur les risques, les besoins, les problèmes; de l'autre, déficit de sens et de prise sur le monde». Puisque qu'en santé, ce discours ou savoir ordinaire est celui des femmes – mères, soignantes (le caring labour) - ce sont elles qui se retrouvent en « perte de prise sur le monde ».

Mais qu'est-ce que ce savoir profane ? Quelle est sa pertinence et sa force face à la puissance du savoir dominant de l'expert ? Car « l'information ne donne pas *a priori* le pouvoir, bien au contraire. Dans le domaine de la santé, on peut multiplier les exemples, du SRAS à la grippe aviaire, en passant par l'hypercholestérolémie ou l'hypertension, et bien d'autres encore, d'un trop-plein d'information qui nourrit plutôt une culture de la peur. Qui nourrit aussi, disait Illich vers la fin de sa vie, une culture obsédée par la santé » (Blais, 2006, p. 152). Donc un savoir profane fort n'est pas nécessairement un savoir informé mais plutôt, un savoir fait d'une vérité sur un événement, d'une expérience, répétée, transmise et qui, dans l'histoire de l'humanité a appelé des gestes, des pratiques et des explications. Le savoir profane exprime, par son discours, une certaine autonomie culturelle et incarne une théorisation plus large sur la santé et la maladie en relation avec la société (Williams et Popay, 2006). Comme le note Benoist (1996, p.14) « la logique en œuvre dans la constitution et

dans l'usage des savoirs médicaux populaires ne différerait pas dans son fonctionnement de celle qui utilise la connaissance scientifique : il y a différence de paradigmes mais non de façon de penser ».

Ce savoir a deux dimensions significatives. D'une part, il contient une forte approche empirique sur les éventualités nécessaires à la vie de tous les jours des femmes qui tentent de trouver un sens à la santé et la maladie pour eux-mêmes, leur famille et leur communauté. D'autre part, ce savoir démontre « une quête de sens qui va au-delà d'un empirisme franc et situe les expériences personnelles de la maladie dans un cadre plus large comprenant la morale, le politique et les lois de l'univers. C'est comprendre en termes à la fois de causalité et de sens, (...) » (Williams et Popay, 2006, p. 125).

Cette question souligne la tension existante entre le savoir expert – basé sur l'EBM et le savoir profane – basé sur le récit, la narration. Les données de l'EBM sont insuffisantes pour supporter le cadre interprétatif nécessaire à la causalité et à la quête de sens de la maladie. Ce savoir profane représente tout un défi épistémologique pour la MC, par sa vision subjective et souvent très cohérente de la personne malade. La MC tentera de le neutraliser avec l'imposition du paradigme biologique (anato-pathologique ou le biopouvoir de Foucault), en centrant « le regard sur les processus physiologiques du corps, au détriment des mots, du récit, de l'histoire, de la trajectoire du sujet (individuel ou collectif) en situation de crise » (Blais, 2006, p. 154). « Le savoir expert minorise le sujet parlant, le sujet d'expérience et de savoir » (Foucault dans Blais, 2006, p. 156), alors comment révéler ce savoir profane et lui donner sa force ? Car cette question est centrale dans notre recherche qui a pour objectif de donner la parole aux mères.

En fait, la force du savoir profane face au discours dominant se loge dans « ce que tout le monde sait déjà mais ne se dit plus (...) à faire émerger ce que l'on savait déjà,

mais qu'on ne savait plus que l'on sait ». Sa force, c'est aussi « le couplage entre les savoirs ensevelis de l'érudition et les savoirs disqualifiés (non légitimés) par la hiérarchie des connaissances (...) pour mettre en lumière les tensions, donc les résistances, qui traversent et fondent la société civile » (Blais, 2006, p. 156-161). En se tenant en dehors des conventions positivistes, le savoir profane défie la recherche de faits abstraits compris comme phénomènes existant indépendamment de notre propre interprétation et qui permet la légitimation de la résistance profane face au système de savoir expert et une justification théorique pour le travail empirique des sociologues dans ce domaine (Williams et Popay, 2006). Ainsi, comme le souligne Laplantine, il y a un besoin nécessaire et pressant de se tourner, dorénavant « à côté de l'acte d'objectivation par le savoir médical positif », vers la personne malade « qui non seulement peut être envisagée, à son tour, mais doit l'être, comme un authentique pôle de connaissances. » (1986, p. 22)

Il existe, dans la littérature sociologique, surtout du point de vue du constructivisme social, divers exemples sur l'émergence d'experts profanes (Lawton, 2003; Prior, 2003), sur le développement d'indicateurs subjectifs de la santé (Hunt et McEwen, 1980) et sur la reconnaissance du savoir profane dans la recherche en santé (Boote *et al.*, 2002; Popay et Williams, 1996). Ces études mettent en lumière l'importance donnée à la voix des gens, à leurs récits, à leur savoir. Lawton (2003) parle de « voix manquantes », Williams (1984) parle de « reconstruction narrative », Charmaz (1983, 2003), de « perte de soi », Bury (1982), d' « interruption biographique », et Williams et Popay, (2006), du « privilège de l'expérience ». Dans la littérature homéopathique, nous retrouvons également l'importance du récit et du savoir des personnes malades (Flesh, 2007; Scott, 1998, 2001; Stollberg, 2002). Si ce savoir profane sur la santé et la maladie est un défi épistémologique pour la MC, il devient une source de savoir pour l'homéopathe en fournissant plutôt une vision subjective de la maladie et une cohérence essentielles à l'information nécessaire à la consultation homéopathique pour le traitement de la personne. Certains chercheurs se sont même intéressés au lien

entre la pratique de l'homéopathie et la prise de pouvoir des femmes sur leur santé (Cummings, 1998; Jasen, 1999; Katz, 1995; Scott, 1998).

Aussi, de nombreuses études portent sur les soins de santé donnés par les femmes à l'intérieur de la famille par rapport à ceux des services de santé et du rôle que jouent les femmes dans l'entretien de la santé (Aïach, 2001; Cresson, 2006). Ceci nous ramène au rôle essentiel du savoir profane, à la portée du discours des femmes sur leur propre expérience et sur leurs pratiques de santé, tout cela étant le cœur même de notre recherche.

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

Rappelons-le, la majorité des recherches en homéopathie, qu'elles soient cliniques, fondamentales ou portant sur le travail des homéopathes eux-mêmes, sont en général quantitatives et omettent de l'étudier comme un système complexe (whole system) (Fonnebo *et al.*, 2007; Lewith *et al.*, 2006; Ritenbaugh *et al.*, 2003; Taillefer *et al.*, 2004; Thompson et Weiss, 2006; Walach *et al.*, 2006).

Pour bien comprendre la portée d'une MNC comme la médecine homéopathique, nous devons considérer la question de l'efficacité dans sa définition plus élargie comme nous l'avons fait au chapitre 1 (1.4.3), tout en incluant des méthodes et des perspectives de recherche issues des secteurs de la santé publique, des services de santé et des sciences sociales. Il sera ainsi possible de fournir un contexte plus adéquat pour comprendre la pratique, développer une réflexion réaliste et créer des politiques et des directives sensées dans le champ des MNC (Adams, 2007). Encore une fois, la distinction faite précédemment entre les thérapies (MAC) et les systèmes médicaux complexes (MNC), nous est utile pour identifier les méthodes appropriées pour étudier la médecine homéopathique. L'approche privilégiée en recherche doit viser l'étude des systèmes complexes (MNC) comme un phénomène ayant plusieurs niveaux, contrairement aux effets uni-dimensionnels d'un seul agent comme en MC ou pour certaines MAC. Dans cette discipline, il s'agit de tenir compte des traitements individualisés, des problèmes de diagnostics, de l'interaction patient/praticien. Par exemple, des récentes recherches qualitatives sur la relation

patient/homéopathe ont révélé l'importance de l'empathie sur l'*empowerment* des gens, qui à son tour, est en lien avec les changements longitudinaux sur le bien-être et l'amélioration du problème initial de santé et le pouvoir d'agir (Bell, 2006; Mercer *et al.*, 2002).

Dans ce chapitre, nous exposerons d'abord le type de méthode qualitative utilisé et les raisons de ce choix. Ensuite, nous décrirons la démarche d'opérationnalisation que nous avons réalisée.

4.1 MÉTHODE QUALITATIVE

Notre choix de faire une recherche qualitative (Britten, 1995; Collectif, 1987; Laperrière, 1997a, 1997b; Poupart *et al.*, 1997) avec une définition plus large de l'efficacité, s'appuie à la fois sur la nature du problème de recherche et sur les objectifs de la démarche qualitative : observation détaillée, description de situations, c'est-à-dire une forme d'analyse de discours (ou un outil de codage) qui permet de comprendre le sens et la nature de l'expérience des gens.

Selon Mucchielli, « la spécificité fondamentale des méthodes qualitatives vient de leur inscription dans le paradigme du compréhensif (ou subjectivisme). C'est-à-dire de leur parti pris épistémologique de considérer les phénomènes humains comme des phénomènes de sens qui peuvent être « compris » par un effort spécifique tenant à la fois à la nature du chercheur et à la nature de ces phénomènes de sens. Cet effort est appelé l'empathie » (1996, p. 183). L'importance de la subjectivité dans l'approche qualitative en sciences sociales tient du fait que l'objet de recherche est un sujet, ce qui diffère de l'objet des sciences de la nature (même celles s'adressant aux humains), dans l'approche biomécanique.

Ainsi, nos objectifs de recherche rendent compte de la réalité complexe et unique de la personne qui consulte, en évaluant la réponse de l'expérience subjective et en s'intéressant à la globalité du vivant dans son environnement autant social que psychologique. Voilà pourquoi l'application de l'approche qualitative au domaine de la santé peut contribuer à une compréhension nouvelle des représentations de la santé en tant que réalité vécue, voire même influencer certains changements ou certaines décisions à prendre sur l'organisation des services de santé à offrir (Cournoyer, 1987).

Selon Bastide (1999), le sujet est une entité, un être singulier, une personne considérée comme le support d'une action représentant tel ou tel caractère, qui réfléchit, s'auto-théorise et donnant lui-même un sens à son vécu. Il doit être respecté dans son individualité et son originalité. Il se définit dans sa communication avec le monde, ne pouvant être séparé de son contexte sans perdre son identité. Le sujet change au cours du temps et est sans arrêt modifié par les événements successifs : il a une mémoire psychologique et une mémoire physique qui lui permettent de s'adapter. Il n'est jamais indépendant de son environnement et est en relations continues avec le monde extérieur : il est capable de recevoir et de traiter des informations qui le font évoluer en permanence, dans le contexte social où il s'est développé.

Notre regard sur ce sujet ne peut être un regard extérieur et unilatéral car il est insuffisant pour faire surgir des significations et du sens au phénomène de l'expérience humaine de la santé et de la maladie. Il est essentiel de réintroduire deux éléments qui ont été radiés des méthodes de recherche surtout médicales, sous l'influence du positivisme : la subjectivité et le contexte naturel.

Ainsi, les mères de notre étude ont un vécu personnel, une expérience sur la santé et la maladie riches de sens et peuvent nous permettre de développer un savoir sur

l'impact à la fois social et médical d'une pratique de santé comme la consultation homéopathique.

[Observateur ⇔ outil de recherche ⇔ « sujet »]

L'approche qualitative, dans le domaine médical, privilégie le contact direct avec la réalité et opte pour une relation immédiate avec la complexité du vivant en laissant parler ce réel à travers ceux et celles qui le vivent. Cette pluralité du discours est un reflet direct et immédiat de la complexité du réel tel que vécu et traduit dans sa globalité par les sujets concernés (Cournoyer, 1987).

Ainsi, des recherches en homéopathie comme par exemple celles de Reilly (1988), de Latzel, (1989), de Tremblay (1993) ou de Clover (2000), tendent vers une évaluation de l'expérience des patients traités en homéopathie où la réponse ne peut pas qu'être « je vais mieux », mais implique aussi tous les autres aspects de la vie de l'individu, autant personnel que social ou contextuel, compte tenu de l'approche globale de cette médecine.

4.2 UNE RECHERCHE QUALITATIVE PAR ANALYSE THÉMATIQUE

Un grand nombre d'études qui s'adressent aux impacts de certaines interventions sur la santé, utilisent en général des outils de mesure standardisés pour l'évaluation spécifique de l'amélioration de l'état de santé (outcome measures), comme par exemple le questionnaire QOL SF-36 ou le MYMOP (Paterson, 1996; Relton *et al.*, 2007). Mais la présente étude se penche essentiellement sur des données qualitatives pour permettre de connaître les arguments et la logique qui fonde l'opinion et les jugements des mères qui consultent en médecine homéopathique. Nous avons pour

cette raison, choisit l'analyse thématique descriptive, une des techniques de l'analyse de contenu (Bardin, 1977).

Dans la définition donnée par Laurence Bardin, l'analyse de contenu est « un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des énoncés, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces énoncés » (Bardin, 1977, p. 43). Les méthodes d'analyse de contenu « impliquent la mise en œuvre de procédures techniques relativement précises (comme le calcul de fréquences relatives ou des co-occurrences des termes utilisés, par exemple) » (Quivy et Van Campenhoudt, 1995, p. 230). En fait, il s'agit de procédures pour réduire un univers de significations en unités de sens et d'analyse pour en révéler une forme significative pertinente. Cette méthode en sociologie permet de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui contiennent à la fois une certaine profondeur et une complexité. Elle se veut à la mesure de la constitution symbolique du social et tend à définir cette médiation obligée du symbolique rendant la connaissance du social possible. En recherche sociale, l'analyse de contenu a été influencée par Barthes, Lévi-Strauss et Greimas (Quivy et Van Campenhoudt, 1995). L'analyse de contenu peut se faire manuellement ou à l'aide de logiciels d'analyse de contenu textuel comme NUD*IST, NVivo et Atlas TI qui sont trois des nombreux logiciels informatiques permettant une analyse de contenu textuel. Nous avons choisi la méthode manuelle.

Une des technique de l'analyse de contenu est l'analyse thématique. Elle porte sur des significations et tente « principalement de mettre en évidence les représentations sociales ou les jugements des locuteurs à partir d'un examen de certains éléments constitutifs du discours » (Quivy et Van Campenhoudt, 1995, p. 232). L'analyse thématique est transversale en ceci qu'elle consiste à faire un codage des résultats

d'entrevues (ici, semi-dirigées) et un découpage de l'ensemble des entretiens en unités d'analyse réparties dans une grille de catégories (définies de façon inductive et/ou déductive) selon des critères préalablement définis, en un ensemble fini de thèmes. Cela est possible en tenant compte de la fréquence des thèmes relevés dans l'ensemble des discours qui sont considérés comme donnés, segmentables et comparables.(Bardin, 1977; Berthelot, 1999; Gauthier, 1992).

Selon Carricaburu et Ménoret (2004), la recherche qualitative est une réponse à l'élimination graduelle « du malade » en tant que personne et sujet du champ de la recherche médicale, en s'intéressant « à la définition des situations étudiées telles qu'elles sont épousées par ceux sur [avec] qui l'on travaille » (p. 82). Cette analyse thématique de contenu risque donc de nous donner un aperçu et d'augmenter notre compréhension sur une pratique santé comme la consultation en homéopathie, car elle s'édifie à partir de la réalité (Mucchielli, 1996) et du sens exprimé par les mères.

C'est donc à partir de leurs propres perceptions de l'expérience de la consultation en médecine homéopathique et du contexte dans lequel elle est vécue, que nous avons pu élaborer des hypothèses et analyser les thèmes qui ressortaient de leurs discours afin de découvrir les différents impacts qu'avait eu la consultation en médecine homéopathique dans leur vie.

4.3 LES ENTREVUES

L'utilisation d'entrevues dans la méthodologie qualitative, nous offre un puissant outil pour découvrir les expériences complexes des patients dans les traitements et les décisions reliés à leur santé (Broom, 2005). Ainsi, le choix d'avoir recours à des entrevues semi-dirigées pour cette recherche menée par l'analyse thématique, s'appuie sur le fait que nous considérons qu'elles ont une grande capacité à éclairer le

phénomène à l'étude, en plus de tenter de permettre l'*empowerment* des participantes (Bhavnani, 1988; Del Busso, 2007). Ce type d'entrevue « constitue une technique de collecte de données fréquemment utilisée dans une recherche associée aux paradigmes interprétatif et constructiviste » quand il s'agit de comprendre le sens d'un phénomène tel que compris par un acteur. (Savoie-Zajc, 1997, p. 263) L'entrevue semi-dirigée est également nécessaire à ce travail de construction de sens qui s'établit entre le chercheur et le participant ayant tous deux leur propre expertise sur le sujet et où est mise en place la relation humaine et sociale : une relation dans laquelle le chercheur reconnaît le pouvoir et le savoir du répondant et l'implique activement à la construction du sens.

Le matériau de recherche a été recueilli à partir d'entrevues (Paterson, 2003) semi-structurées (Mayer et Saint-Jacques, 2000; Savoie-Zajc, 1997,) thématiques autour de l'impact de l'expérience de consultation en médecine homéopathique de mères. Le matériau à analyser était composé des portions des entrevues qui répondent à chacune des parties de la question centrale. « L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinent lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent » (Blanchet et Gotman, 1992, p. 27).

4.3.1 Laisser la place au discours des mères

Les entrevues effectuées auprès des mères étaient de structure semi-directives afin de laisser le plus de place possible à leur voix, à leur discours. Ceci pouvait permettre d'abord d'obtenir des informations en dehors de la grille d'entrevue et de s'adresser au déséquilibre du pouvoir entre la chercheuse et la participante en offrant à cette dernière une certaine mesure de contrôle sur les thèmes et les idées que suscitait la

discussion. Bien sûr, ce déséquilibre du pouvoir et l'autorité de la chercheuse n'est jamais complètement surmonté et nous sommes conscientes que ce sont des facteurs qui peuvent jouer sur les réponses données (Del Busso, 2007). Néanmoins, ce style d'entrevue aura permis aux mères de s'exprimer spontanément en dehors des questions de la grille d'entrevue, sur plusieurs aspects qui touchent la santé, les soins de santé et leurs réflexions sur le sujet.

Ceci rejoint aussi en partie l'idée d'implication du consommateur de soins dans la recherche (Paterson, 2004, 2005), l'idée de prise sur le monde (*agency*) et du savoir profane.

4.3.2 La grille d'entrevue

La grille d'entrevue a été construite avec l'intention de couvrir le plus généralement possible (Thompson, 2004) la question de l'expérience de la consultation et la question de l'impact de cette dernière. Cette grille comprenait des questions générales sur leur première expérience d'une consultation en homéopathie, son déroulement, ce qui a motivé ce choix, leurs impressions, leurs opinions et sur les conséquences de la consultation. À la fin, une question a aussi été posée sur leur vision du rôle possible des praticiens en médecine homéopathique dans le système de santé. Les sous-questions n'étaient utilisées que dans les cas où il était nécessaire de stimuler la personne interviewée. La grille d'entrevue se trouve à l'annexe B.

4.4 L'UNIVERS D'ANALYSE

L'univers d'analyse est celui des discours de mères, formant notre groupe homogène, ayant eu l'expérience de consultations en médecine homéopathique depuis au moins deux ans. Pour cette recherche qualitative, la population est composée de femmes de

différents milieux (Montréal, Beloeil, St-Bruno, Deschaillon, Île Perreault, Joliette, Québec et une ontarienne), mais vivant maintenant toutes dans la grande région de Montréal.

En effet, dans les études consultées, le profil des gens qui consultent en homéopathie ne semble pas d'un type particulier et les données sur les caractéristiques sociodémographiques des utilisateurs montrent qu'ils sont très semblables aux non utilisateurs. Plusieurs études aux États-Unis, au Canada et à l'étranger suggèrent qu'une variété de caractéristiques sociodémographiques peuvent être associées à l'utilisation des MNC (Astin *et al.*, 1998; Blais *et al.*, 1997; Eisenberg *et al.*, 1998; Kelner et Wellman, 1997; Sirois et Gick, 2002; Wolsko *et al.*, 2002). Cependant, lorsque considérées collectivement, les conclusions de ces études sont contradictoires. Par exemple, certains ont trouvés que ce sont davantage les femmes qui consultent les MNC (Eisenberg *et al.*, 1998; Wolsko *et al.*, 2000) tandis que d'autres non (Astin, 1998; Blais *et al.*, 1997). Ces contradictions dans les conclusions peuvent être attribuées en partie à la façon usuelle de mesurer l'utilisation des MNC. Nous l'avons souligné, l'approche la plus commune d'opérationnaliser l'utilisation de ces pratiques de santé dans la littérature est d'employer une mesure composée, en mélangeant l'utilisation d'une ou de plusieurs MNC en un seul indicateur ou pire encore, d'amalgamer toutes les MAC. Ceci est problématique car, comme le soutient Astin (2003), puisque les MNC ne sont pas un ensemble de thérapies homogènes, la recherche devrait éviter de les étudier en général et plutôt se concentrer sur des études plus spécifiques. En effet, ces MNC représentent une variété d'approches pour maintenir et restaurer la santé ayant différents déterminants. Kelner et Wellman (1997) ont démontré que les caractéristiques sociales des utilisateurs des MNC variaient selon la thérapie (Hendrickson *et al.*, 2006).

Mais si dans certains cas ce sont surtout les femmes qui consultent, les chercheurs expliquent ce phénomène par le fait que les femmes souffrent davantage de

problèmes chroniques et que ce sont elles qui consultent pour leurs enfants, même si elles ont de plus faibles revenus que les hommes (Cant et Sharma, 1999; Flesch, 2007; Kelner *et al.*, 2003). De plus, il est noté que les personnes ayant un régime d'assurance privé couvrant les consultations homéopathiques consultent davantage et ce pour des maladies chroniques. Cette notion d'assurance privée remet en question l'argument souvent employé que ce sont des gens à revenus plus importants qui consultent (Cant et Sharma, 1999).

4.4.1 Le segment d'analyse et caractéristiques sociodémographiques des mères

Après avoir contacté sept homéopathes de Montréal, St-Jean-Port-Joli, Joliette et de St-Bruno, tous membres du Syndicat Professionnel des Homéopathes du Québec (SPHQ)⁵¹, afin d'obtenir une liste de noms de mères ayant consulté pour elles et/ou pour leurs enfants depuis au moins 2 ans, quatre homéopathes de formation et de pratique différentes (deux hommes, deux femmes) ont accepté de fournir des noms. Sur le nombre de mères fournies, nous avons effectué au hasard une dizaine d'entrevues, ce qui nous a permis d'atteindre notre seuil de saturation.

Pour établir la pertinence théorique de l'échantillon, on applique le principe de saturation des catégories qui est de plus en plus la référence pour estimer la fin de la collecte de données et la taille de l'échantillon. La saturation est atteinte lorsque l'insertion de cas supplémentaire ne mène pas à la construction de nouvelles catégories ou de nouvelles pistes d'analyse. Comme le précisent Pourtois et Desmet (1997, p. 121), la saturation est atteinte « lorsqu'aucune donnée suffisamment nouvelle ne ressort des derniers entretiens ou observations pour justifier une

⁵¹ Les membres du SPHQ ont une formation reconnue par l'organisme européen ICCH, cité à la section 2.2.1.2.

augmentation du matériel empirique. On dira dans ce cas que l'échantillon est représentatif en ce qui concerne les processus sociaux». Ceci marque la fin de la cueillette des données et pour nous, dix entrevues couvraient nos catégories et la saturation avait été atteinte.

Des mères ont été contactées par téléphone par la chercheure. Elles ont été informées du but de la recherche et averties de sa totale confidentialité. Certaines ont accepté de participer à une entrevue d'environ une heure. Les entrevues ont été faites en deux temps afin de nous permettre une première analyse des données, soit six entrevues entre février et avril 2007 et quatre entre octobre et novembre 2007.

Étant celles qui décidaient du lieu, pour six des entrevues les mères ont choisi comme lieu leur propre résidence, une a choisi son bureau et trois mères préféraient notre bureau pour avoir plus de tranquillité. Il est à noter que les données d'une entrevue sur les dix participantes ont été écartées par souci d'éthique et pour éviter un conflit d'intérêt, car cette dernière connaissait la chercheure. En effet, aucune participante ne devait jamais l'avoir consulté professionnellement, afin d'assurer qu'aucun lien ne les liait. Aussi, au début de chacune des entrevues, par souci d'une certaine objectivité, les participantes étaient avisées que l'information recherchée pouvait comporter à la fois des expériences positives et négatives. Elles étaient donc assurées de la confidentialité de l'entrevue et qu'aucune information ne pouvaient parvenir à leur propre homéopathe. Nous leur attribuons aussi un pseudonyme. Elles ont toutes signé un formulaire de consentement éclairé, dont un exemple se trouve à l'annexe C. L'analyse des données a donc été faite à partir de neuf entrevues.

Les neuf femmes que nous avons interrogées dont nous tiendrons compte et dont nous avons retenu l'entrevue, avaient une moyenne d'âge de 41,3 ans (entre 34 et 52 ans) et étaient d'origine canadienne (huit québécoises et une ontarienne). Trois femmes sur neuf étaient séparées. Le nombre d'enfants se situait entre un et trois

enfants et les âges, de 6 mois à 18 ans. Elles avaient une scolarité se situant entre le niveau collégial et le 2^{ème} cycle (trois ont un CEGEP, quatre ont un Bac et deux, une maîtrise). La durée de leur expérience de consultation en médecine homéopathique se situait entre 2 et 15 ans. Nous avons choisi des mères ayant une expérience depuis au moins deux ans de suivi auprès d'un homéopathe (Paterson, 2004b) car une période de deux ans permet à la fois d'avoir eu besoin, à quelques reprises, du recours à la consultation en homéopathie et d'avoir un certain recul pour en évaluer les conséquences à long terme.

Voici un bref aperçu de leur parcours respectif, chacune évidemment sous son pseudonyme :

Aline, 52 ans, est mère monoparentale de deux garçons âgés de 14 et 18 ans. Elle connaissait un peu l'homéopathie car elle avait habité en Europe pour quelque temps. Elle a commencé à consulter un homéopathe depuis 2002, sous les conseils de son ostéopathe, suite aux problèmes de santé récurrents de son plus jeune qui prenait des antibiotiques chaque année pour des sinusites depuis l'âge de deux mois. Elle consulte maintenant environ une fois par année pour elle et ses fils, comme pratique de prévention.

Béate, 35 ans, mère de 2 enfants, 7 et 9 ans. Elle a d'abord commencé à consulter un homéopathe en 2002 pour elle-même, avec un peu de réticence. Mais après avoir passé 25 ans à courir les dermatologues pour un problème d'eczéma sévère, une collègue de travail l'a persuadée d'aller voir ce praticien. Elle consulte aujourd'hui, au besoin pour elle, son conjoint ou ses enfants.

Caroline, 45 ans, a adopté 2 enfants qui ont maintenant 10 et 14 ans. Elle avait consulté en homéopathie dans les années 80 pour un problème de fertilité non résolu en clinique de fertilité. Elle a dû tout de même se tourner vers l'adoption. Toutefois, satisfaite de son expérience en homéopathie de cette époque, elle est retournée consulter une homéopathe à son retour de Chine avec sa fille, il y a 14 ans, pour de

multiples problèmes de santé et par la suite, pour des difficultés d'adaptation à l'école. Elle a aussi consulté quelques fois pour elle et son fils. Aujourd'hui, elle ne consulte qu'occasionnellement.

Denise, 34 ans, mère d'une fillette de 2 ½ ans et d'un garçon de 6 mois. Elle a consulté un homéopathe sans connaître ce qu'était l'homéopathie, pour un problème de fertilité et après 2 fausses-couches. Elle ne voulait pas de traitement hormonal et une amie l'a référée à cet homéopathe. Elle est devenue enceinte après 3 mois de traitement en homéopathie. Elle consulte aujourd'hui avec son conjoint et ses enfants.

Ève, 45 ans, mère monoparentale de 2 fils âgés de 12 et 14 ans. Elle a consulté une homéopathe il y a 10 ans pour des troubles de maniaco-dépression sévères avec intolérance aux médicaments. Elle consulte aujourd'hui seulement au besoin, environ une fois par année, pour elle ou ses fils, quand différents petits problèmes de santé surgissent.

Francine, 40 ans, mère d'un garçon de 8 ans et d'une fille de 4 ans, les deux nés dans une maison de naissance où la sage-femme pratiquait aussi l'homéopathie à l'accouchement. C'est principalement pour sa fille, qui présentait dès les premiers mois de vie, des symptômes inquiétants pour lesquels la médecine conventionnelle ne trouvait pas l'origine, qu'elle s'est tournée vers une homéopathe référée par une amie. Elle a continué par la suite parce qu'elle ne trouvait pas de médecin de famille pour soigner ses enfants. Aujourd'hui, elle consulte très peu, seulement au besoin.

Gabie : 47 ans, mère de deux filles âgées de 11 ans et 13 ans. Elle a consulté en 1998 la première fois pour sa plus jeune qui souffrait d'allergies et d'un asthme très aggravé. L'enfant prenait beaucoup de médicaments mais ne guérissait pas. Suite aux résultats surprenants sur les problèmes de santé de sa fille, toute la famille, y compris son conjoint, a consulté en médecine homéopathique. C'est une famille d'athlètes qui sont tous adeptes du triathlon et ils revoient l'homéopathe environ une fois par année, à titre préventif.

Hélène, 45 ans, mère monoparentale d'un garçon de 15 ans. Elle a consulté une homéopathe la première fois en 1996 pour son fils qui présentait une forme de

trisomie très rare qui n'a été que finalement diagnostiquée à 4 ans, après avoir fait de nombreuses visites en médecine conventionnelle. Elle a consulté en homéopathie car son fils souffrait de problèmes respiratoires à répétition et de difficultés émotives. Il est depuis, en bonne santé et est intégré à l'école secondaire dans une classe spéciale. La mère consulte maintenant au besoin.

Isabelle, 45 ans, anglophone, mère 2 filles de 7 ans et de 9 ans. Elle a consulté la première fois un homéopathe en 2002 pour sa plus jeune fille qui présentait des problèmes cutanés sévères, non résolus en médecine conventionnelle. Elle a consulté ensuite pour sa plus vieille qui souffrait d'allergies.

4.4.2 La validité de la recherche

Les neuf entrevues sélectionnées ont été faites en français, enregistrées et transcrites. Elles ont été analysées pour former des catégories et des thèmes en utilisant la méthode « couper » et « coller ». Les données proviennent à la fois de ces enregistrements audio des entrevues, de l'utilisation des notes transcrites et de la collecte des notes prises sur le terrain pendant et après les entrevues. Ainsi, le discours des mères a été retenu intégralement et transcrit mot à mot, tout ceci participant à la validité interne de cette recherche. Car il s'agit, ici, de se donner les moyens d'une quête de profondeur, d'une analyse du sens de l'action humaine, en tenant compte de notre position et de celle du sujet. Le but étant de redonner, par la concordance, des significations sociales à l'expérience vécue par ces femmes en réintroduisant la subjectivité et le contexte naturel de ces mères, de dégager le sens socio-symbolique d'une réalité complexe qui n'est pas univoque, ni permanente.

Pour ce qui est de la validité externe, la science classique s'attend à des généralisations des résultats par la spécification du contexte et l'échantillonnage probabiliste. Ici, la démarche qualitative ne permet pas à cette généralisation des

résultats car notre but est de comprendre et de décrire de façon exhaustive des phénomènes, d'en cerner toute l'ampleur et non pas de les mesurer.

Aussi, nos outils conceptuels utilisés pour étudier le phénomène de l'expérience de la consultation homéopathique chez les mères (description en profondeur, catégories adaptables à l'évolution des situations, recherche de concordance) contribuent à une certaine fiabilité de la recherche.

Il est important de souligner à nouveau qu'il s'agit ici de donner la parole aux utilisatrices de la médecine homéopathique où les questions sont posées par une praticienne dans le domaine. Bien que cette dernière ne connaisse pas les mères interviewées, ces femmes ont été choisies par des homéopathes. Il est donc assez certain que les données des mères sur la satisfaction seront positives. En plus il n'y a pas de groupe de comparaison en MC pour avoir une lecture différente de ces données. Mais le but de notre recherche n'était pas de présenter une analyse critique de mères qui ont eu une expérience positive ou négative de cette forme de soins. Plutôt, nous voulions spécifiquement explorer le contenu et les conséquences de l'expérience de ces mères de la consultation en médecine homéopathique, tout en améliorant nos connaissances sur leurs motivations et les raisons qui les ont amenées à consulter la première fois et à adopter cette pratique de santé par la suite.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

Pour arriver à cerner les questions qui nous intéressent, nous allons suivre la structure spontanée de narration des mères qui rejoint tout à fait les questions de recherche que nous avons posées au départ au chapitre 2 section 2.2. D'ailleurs, en utilisant la théorie du point de vue féministe pour redonner la parole aux femmes et une structure d'entrevues semi dirigées, ce sont les mères qui ont déterminé, en grande partie, la direction à prendre et que nous retrouvons plus ou moins de la même façon chez chacune, soit :

1) ce qui les a amenées à consulter un homéopathe la première fois, dans leur histoire de santé;

- et pourquoi ensuite poursuivent-elle à long terme dans ce parcours singulier ?

2) l'impact perçu par les mères de l'expérience de la consultation en homéopathie, à long terme sur leur santé et dans leur vie;

- D'abord, quel type d'expérience vivent-elles ?

- Ensuite, les mères perçoivent-elles un impact médical ? Lequel ? Sur leur état de santé perçu ? Sur la prise de médicaments allopathiques ? Sur la fréquence des visites chez le médecin (Becker-Witt, 2003) ?

- Enfin, les mères perçoivent-elles un impact social ? Sur des changements de comportements de santé ? Sur la perception d'autonomie ou de compétence face à sa santé ? Cet impact peut-il constituer un outil de prévention ?

3) leurs perceptions sur les possibilités de sa contribution au système public de santé;

- Serait-ce utile ? Comment croient-elles que cela pourrait se faire ?

Nous diviserons donc les résultats en trois parties.

Premièrement, au point 5.1, il s'agit de mieux comprendre, dans une classification nouvelle, ce qu'on a souvent appelé « les raisons de consulter » mais qui, en fait, comportent plusieurs aspects. D'abord les raisons d'aller consulter un homéopathe la première fois; puis, les obstacles rencontrés sur le parcours; ensuite, l'énumération des problèmes de santé pour lesquels les mères consultent; et enfin les raisons de continuer à consulter en homéopathie. Nous avons placé ces informations sous « *Description du parcours des mères vers la consultation homéopathique* ».

Deuxièmement, au point 5.2, il s'agit de mettre en lumière le processus, encore peu étudié sur l'expérience des mères qui font ce choix dans leur parcours de vie et les impacts perçus de cette expérience dans leur vie ainsi que ses implications à long terme, « *impacts perçus de l'expérience de la consultation homéopathique* ». Ce point comprend l'expérience vécue de la consultation ainsi que son déroulement, l'impact médical et l'impact social. Il sera question aussi des « *limites de la consultation homéopathique* » au point 5.3.

Troisièmement, au point 5.4, il s'agit d'explorer le discours des mères sur leur perception d'une « *contribution possible de la médecine homéopathique au système de santé* ».

Une discussion sur ces résultats au point 5.5, permettra de résumer ce qui sera présenté.

5.1 DESCRIPTION DU PARCOURS DES MÈRES VERS LA CONSULTATION HOMÉOPATHIQUE

5.1.1 Les raisons de consulter en médecine homéopathique la première fois

Les études sur les MNC nous mentionnent trois raisons principales d'avoir recours à la médecine homéopathique : vouloir guérir sans les effets secondaires et les risques des médicaments allopathiques, faire face à l'inefficacité ou l'impuissance de la MC face à leur problème de santé et l'insatisfaction dans la relation avec le praticien de MC (Kelner, p. 69, Vincent, 1994, Ernst, 1995, House of Lords, 2000, Furnham, 2002b, 2003, Steinsbekk, 2006).

Nous retrouvons bien ces trois notions dans le discours des mères, toutefois ce qui ressort le plus fortement de ce discours sur les raisons de consulter un homéopathe la première fois, pourrait plus justement être nommé comme étant les limites de la MC.

Les mères s'expriment beaucoup sur le fait d'avoir rencontré des limites en consultant en MC pour elles et leurs enfants, qui sont de plusieurs types, comme la non réponse à leur besoin de santé, les limites de la relation médecin/patiente. Ces limites s'expriment aussi de façon indirecte à travers leurs diverses critiques de la MC.

La non réponse à leur besoin de santé

L'inefficacité perçue de la MC

Les mères parlent des limites et de l'inefficacité de la MC et de ses outils, soit parce que le traitement n'est que palliatif, axé sur le court terme et non sur la guérison à long terme, comme pour les problèmes chroniques.

Aline « Il y a des choses où la médecine, par exemple dans ce cas-là (mon arthrite dans le cou), à mon avis, était clairement limitée. Tout ce qu'elle pouvait me proposer c'est un anti-inflammatoire avec des gros effets secondaires. (...) Mais de l'arthrite, tu vois, la médecine est assez limitée ».

Béate « Moi, dans ma vie, j'allais voir les médecins, c'était en dermatologie, c'était pour mes mains. ...J'en ai rencontré des gens, des spécialistes, mais ça m'apportait rien. C'est-à-dire que je ne voyais pas de résultat ou... (...) J'dirais que c'est euh...la médecine conventionnelle a va juste te dire : "T'as un bobo ? Applique une crème !" ».

Isabelle « je me dis tout ce qui est plus des choses chroniques comme des allergies ou des éruptions cutanées qui reviennent tout le temps, j'aurais plus tendance à aller vers un homéopathe parce que je me dis c'est des choses que il faut aller au fond d'où ça vient. (...) ça peut être lié à tout sorte de chose que un médecin traditionnel [MC] n'a pas le temps d'évaluer. Ben ou même pas, peut-être la connaissance ni l'inclinaison. Mais ils vont avoir tendance à parce que..., par exemple, tu as l'eczéma sur les mains pis ça passe pas, pis ça vient, pis ça part. Ils vont te donner une crème à base de cortisone. Mais ça ne guérit pas la vraie raison pourquoi tu as ça. Faque moi je me dis ça sert à rien de prendre ça. Ce qui est pas bon pour moi, pis ça va pas régler le problème, c'est comme mettre de la baume sur la plaie. »

Inefficace aussi parce qu'elles sont traitées de façon morcelée et parce qu'on ne leur propose aucune autre solution.

Hélène « Non seulement on traite par petits bouts,... Mais la personne que tu as devant toi, t'as des bonnes chances que ça soit pas la même personne... Ça fait que le petit bout qui a été traité la première fois, y'é peut être même pas au courant. (...) Ça peut être traité de toutes sortes de façon l'eczéma. T'sais, tu vas voir un médecin traditionnel [MC], ben r'garde ça! Tu vas ressortir avec la petite prescription de cortisone. »

Caroline « J'ai des problèmes d'arthrose au niveau du haut de la colonne... mais je fais quand même beaucoup, j'essaye de faire beaucoup d'activités physiques. J'avais consulté une première fois le médecin parce que j'avais eu vraiment une crise à un moment donné. J'étais pas capable de me bouger les bras. Mais le spécialiste que j'ai vu était tellement pas réceptif à ce que... c'était l'arthrose, pis c'était l'âge pis il avait rien à faire. Mais moi, je continue d'avoir mal, mais je retournerais jamais voir ce médecin-là. »

L'incapacité à comprendre le problème

Il y a aussi l'incapacité de la MC à comprendre une situation, soit qu'elle est incertaine et n'arrive pas à un diagnostic pour des symptômes non classés, des troubles sans catégorie fixe dans la littérature nosologique ou carrément parce qu'on pose un mauvais diagnostic.

Francine « Dès la naissance, sans rentrer dans les détails, elle (son bébé) semblait avoir une crispation. Elle venait raide comme une barre, elle se tordait les deux jambes, les bras comme ça...(La mère a consulté alors que son bébé avait douze semaines) 'Ben, écoute, peut-être que c'est euh...ils étaient toujours restés sur la masturbation, dans certains cas de masturbations comme ça, j'sais pas comment ils appelaient ça, chronique c'est euh...Qu'est-ce qu'ils m'ont dit une fois? Tumeur au cerveau. N'importe quoi. Bon, je n'étais pas

effondrée après avoir reçu cette possibilité de diagnostic. Je me disais : 'C'est tellement pas sérieux là, c'est tellement pas sérieux! (...) On tout cas, y'en ont faits (des tests). Ils trouvaient pas, ils trouvaient pas, ils trouvaient pas. Donc, moi, j'avançais pas pour savoir comment faire. (...) ».

Isabelle « Ils ont essayé un premier médicament. Elle avait neuf mois. Elle a arrêté de ramper. (...) On a essayé un deuxième. Elle a arrêté de dormir. (...) Le troisième avant de lui donné. J'ai lu beaucoup sur ces médicaments-là, surtout pour savoir comment ça pouvait affecter. Donc j'étais assez vigilante. Après 2 jours, elle a commencé à faire une fièvre importante, une fièvre de 40-41. Ça duré 3-4 jours. Je suis retournée à l'hôpital. Ils m'ont dit encore, non elle a un virus, retourne chez-vous. »

Ève « Depuis l'âge de 8 ans j'étais malade. J'ai eu 22 ans de souffrance avant d'avoir des soins. Ils ne comprenaient pas mes symptômes »

La crainte des effets secondaires des interventions et des médicaments allopathiques

Il est bien sûr beaucoup question des effets indésirables des médicaments et de la lourdeur des traitements.

Aline « Parce que pour l'ostéopénie, bon là déjà on m'avait recommandé des choses, ça fait déjà 5 ou 6 ans, parce que bon... Mais là, ça me donnait mal...C'était préventif. Et puis là, on m'avait donné une grosse pilule de calcium puis un remède...Mais ça, ça me donnait des gaz. Je ne pouvais plus sortir de la maison, j'avais des gaz tout le temps. Donc, ta vie change, ta qualité de vie change. Et là, je commençais à avoir des brûlements d'estomac pour lequel on me recommandait un autre médicament. Donc ça, pour moi, c'est

vraiment un facteur d'aller vers l'homéopathie parce que, écoute, c'est tellement lourd ce qu'on nous propose. On devient malade. Fosamax, ça brûle l'œsophage, n'est-ce pas ? Bon. Alors, non. »

Hélène « Ben ils proposent des antidépresseurs. Pis moi, je suis pas tellement pilules et antidépresseurs, ça fait que ça n'a pas fonctionné ben longtemps. Je trouvais que c'était plus destructeur que d'autre chose (...) pis là tu sors avec des l'artillerie lourde là! Pis tu commences le cycle des antibiotiques comme moi je les ai vécus les premières années de mon fils là! »

ou les risques de certaines interventions en MC comme la vaccination

Gabie « Et puis, pis l'autre erreur, ...O.K. c'tait le vaccin. Elle avait eu un vaccin avant de commencer l'école, d'ailleurs, y'en ont pas eu d'autres vaccins là, ça c'est une autre affaire que j'ai arrêté. Puis, elle a eu une réaction à ce... Elle était plus capable de marcher. Fait que je suis allée voir mon médecin, celle qui m'avait accouchée, pis elle me dit : 'R'garde, moi dans l'état j'vois ça, j'm'en irais directement à l'hôpital!' Une autre affaire pour te faire paniquer. Mais elle dit : 'J'ai une spécialiste dermatologue qui vient ce matin.' Elle dit : 'On pourrait lui faire voir avant.' T'sais. Elle, tout à fait calme, elle dit : 'C'est tout à fait une réaction du vaccin.' Fait qu'elle dit : 'Juste vous lui donnez un anti-douleur pour le temps que ça passe.' Mais elle dit : 'C'est pas plus grave que ça.' J'suis retournée chez nous, t'sais. T'sais, c'était pas grave mais quand tu vois ton enfant qui est plus capable de marcher ».

La ronde des références aux spécialistes

Elles notent l'absence de références en dehors de la MC et la non reconnaissance de leurs limites en renvoyant souvent à des spécialistes.

Hélène « Pis s'il le [médecin] ne comprend pas pourquoi la p'tite cortisone n'a pas fait la job, il va t'envoyer voir un spécialiste! »

Ne pas pouvoir faire de liens avec leur vie

Elles notent le fait de ne pas pouvoir faire de liens entre plusieurs choses, entre la vie en général et les symptômes.

Caroline « Mais c'est surtout d'apprendre que... (...) le lien qui pouvait y avoir par rapport à notre vie en général, pis les symptômes qui vont, qui peuvent apparaître. C'est surtout ça. C'est surtout... chose qui est pas du tout reconnue quand tu vas voir un médecin ».

La relation médecin/patiente en MC

Aussi, les mères s'expriment beaucoup sur leur expérience négative de la relation médecin/patiente.

Ce qu'elles attendent d'un soignant

Les mères semblent avoir une perception à priori sur les compétences attendues d'un soignant espérant trouver quelqu'un qui éclaire une situation, quelqu'un qui les respecte, sans les juger, quelqu'un qui est en relation et qu'elles peuvent revoir par la suite.

Aline « quelqu'un qui va m'apporter de la lumière, qui va me permettre d'être capable d'avoir un certain recul. Pis de faire le mieux possible dans ce contexte là. Ça, c'est important ! C'est vraiment le rôle, finalement, d'un praticien généraliste comme le bon médecin de famille. »

Le rapport d'autorité dans la relation médecin/patiente

Néanmoins, ce qu'elles rencontrent est plutôt une relation conflictuelle, souvent qualifiée de paternaliste ou d'autoritaire, également perçue comme une limite, où la négociation est impossible. Les mères ont effectivement vécu des expériences sur la relation d'autorité médecin/patiente en MC qui se résument comme étant un conflit entre le savoir de « l'expert » et le savoir « profane ».

Gabie « La dernière fois que je suis sortie de la clinique, y'avait un genre de chicane avec le médecin parce que j'étais pas d'accord avec ce qu'il lui donnait. Je lui disais : 'Ça corrige pas le problème de ma fille. Ça fait juste...' Oui, oui, oui. Il voulait même que j'oublie son nom sur la porte si je donnais pas ce qu'il voulait. (...) C'est pas facile à vivre parce qu'ils sont toujours en train de te donner comme parent irresponsable. C'est ça qui est dure à vivre, là. Mais...j'tiens quand même mon bout. »

Isabelle « Ma fille avait beaucoup beaucoup de problèmes pour faire pousser ses dents. (...) Elle criait. C'était très très difficile, et je me suis posée la question si le cerveau réagissait à cette grande douleur en faisant ces convulsions-là. Et à l'hôpital de Vancouver où on était à l'époque, ils m'ont dit... c'est ça on m'avait répondu : on est pas convaincu de cela. Mais il voulait pas négocier plus que ça. (...) J'ai fait affaire avec des médecins formés en France et en Afrique et puis mon dieu, de quel droit je les questionne... c'était comme...C'est ça. Pis les femmes avec qui je travaille me dise la même chose, que ça prend un courage de leur part, pis c'est toujours une lutte pour dire qu'ils ne veulent pas quelque chose ou qui veut savoir toute les options possibles.

Les mères sentent qu'on leur attribue l'échec thérapeutique

Ève « (...) puis on m'avait donné une médication, puis comme la médication aidait pas, on m'accusait de faire des choses ou de me mettre dans des situations à risque qui faisait que la... leur chimiothérapie fonctionnait pas. On me disait : si le médicament fait pas effet, c'est que vous devez prendre de l'alcool ou vous devez avoir des activités dans votre vie privée qui vous causent trop de stress. On... l'échec thérapeutique m'était attribué. Oui. Pis on m'accusait aussi d'avoir des choix dans ma vie qui faisait en sorte que j'étais comme responsable de ce qui me passe, de ce qui se passait ».

Aussi, le sujet de la vaccination qui, rappelons-le, n'est pas obligatoire au Québec, représente un thème sur lequel « l'expert » médecin exercera souvent son autorité sur les parents qui se questionnent et remettent parfois en question sa pertinence.

Caroline « Et puis ... je me rappelle à ce moment-là, c'était un médecin, un vieux médecin, très expérimenté et tout ça, probablement très compétent dans bien des domaines, mais qui m'avait, qui nous avait dit que là, il fallait tout de suite la même journée la faire vacciner pour telles telles affaires. Moi je me disais, 'tu vaccines pas un enfant qui est malade. Puis j'ai refusé. Et puis je me suis faite engueuler comme du poisson pourri, son père et moi. (...) C'est toujours quand t'arrivais à la question de la vaccination que là, ça accrochait, puis il y avait comme aucun compromis à faire ».

Ce rapport d'autorité se traduit pour certaines mères, par le sentiment de devoir cacher la vérité si jamais elles allaient consulter en homéopathie par peur du risque d'être jugée par le médecin :

Caroline « Oui. Je le dirais pas d'emblée en tout cas, ça c'est sûr. Je le dirais pas d'emblée. J'attendrais de voir à qui j'ai affaire pis tout ça. (...) Mais de quelle façon le médecin vivrait avec ça, ben j'ai l'impression que j'y en parlerais probablement pas à moins que je sente la même ouverture là. Mais je veux dire d'emblée j'arriverais pas pis je dirais pas : moi parallèlement, je consulte...[en homéopathie] Parce que souvent, ça donne rien. Ça donne strictement rien. Ça pourrait, ça pourrait nuire. Oui, parce que je pourrais perdre de la crédibilité par rapport à... oui je pourrais craindre ça. »

Hélène « Pis dans le milieu, disons que le milieu médical n'est pas très accueillant aux parents qui interviennent beaucoup auprès de leurs enfants. On est très mal vu. Oui. J'ai perdu... J'ai fait fermer mon dossier quand ils ont su que je travaillais de façon interventionniste auprès de mon fils. (...) Puis, bon, le milieu traditionnel [MC] ben y disent : 'Vous vous faites embarquer, c'est de l'arnaque!' Bon. Pis y'a encore ce type de discours là. Pour ceux qui ne connaissent pas le milieu [l'homéopathie], ça reste encore ésotérique là. »

Certaines études (Eisenberg *et al.*, 1998; Elder *et al.*, 1997; Ramsey *et al.*, 1999; Willison, 2007) révèlent qu'au moins 50 % des utilisateurs ne disent pas à leur médecin qu'ils utilisent une MNC. En 2007, Suter *et al.*, révélait que plusieurs femmes s'inquiétaient du fait que leur médecin n'était pas disposé à leur fournir des informations non biaisées sur les MNC.

L'absence d'écoute et d'empathie

Mais encore plus spécifiquement, elles reviennent souvent sur le fait de ne pas se sentir comprise, écoutée, de ne pas être importante dans la consultation avec le

médecin de MC. Elles soulignent ce lien déshumanisé, parfois même un manque de respect où il y a obligation de se conformer pour avoir des soins malgré l'absence de réponse aux questions.

Isabelle « Je suis allée voir le dermatologue à l'hôpital pour les enfants. Heu... le dermatologue, peut-être je suis tombée sur quelqu'un qui avait pas une très bonne relation avec les personnes... en tout cas... pas de bed side manners comme on dit en anglais. ... Elle avait été assez brutale avec ma fille. Elle l'avait mis sur la table et avec un genre de petit couteau, elle avait coupé tout de suite les trucs... ça saigné. ... D. avait pleuré beaucoup pis moi ça m'a comme bouleversée parce que je m'en attendais pas pis c'était très rapide. Elle ne s'est pas présentée rien... très intrusif. Par la suite, elle m'a posé des questions pour demander si ma fille avait été abusée sexuellement en disant que ce genre de verrues, c'est comme ça qu'on les prend. Ma fille était pas encore en garderie, elle était avec moi. Donc je savais qu'il y avait pas eu lieu de..., mais ça avait été vraiment une rencontre très désagréable en tout et pour tout. ... Et là, elle m'a dit très sèchement : mais tu vas aller en clinique de verrue. Il vont lui couper ça pis elle va prendre des antibiotiques comme quoi il y avait un virus. Je suis sortie de là parce que j'ai dit non... »

Et parfois même, la sensation de non légitimité de la demande.

Caroline « (...) si tu vas consulter à l'urgence ou en clinique, pis que tu fais face à quelqu'un de froid... Ben je veux dire, tu te dis, finalement ça fait peut-être pas si mal que ça. Pis je suis peut-être venue ici pour rien. (...) Si tu sens que tu es écoutée, dans toutes les situations, si tu sens que tu es écoutée, c'est apaisant, c'est réconfortant, déjà là. Ça justifie, ça justifie la démarche que tu as fait

tandis que tu arrives vis à vis quelqu'un qui est froid puis qui te prend comme un patient z43, ben tu te dis, est-ce que c'est justifié que je vienne ici pour consulter, qu'est-ce que, je viens ici trop rapidement... (...) »

« C'est le médecin qui sait »

En fait, nos données nous permettent de dire que cette relation de pouvoir se définit en termes de « C'est le médecin qui sait », même si les mères semblent résister à ce type de relation. Les mères ne sentent pas de partage des décisions, de respect ou de possibilité de compromis face à leurs propres opinions ou leurs choix.

Aline « Parce qu'il y a une réflexion personnelle au niveau de c'est quoi la maladie justement ? C'est quoi la santé ? (...) Pis comment on se soigne ? C'est ça qui est important, on fait pas juste aller voir le médecin parce que c'est lui qui sait pis moi je ne sais rien ! C'est plus simple de même, je n'ai pas le temps. C'est ça, pis c'est ce qu'ils font. Parce que c'est lui qui a étudié pis moi je le sais pas. »

Isabelle « Ben j'avais une idée [de ce que ma fille avait]. Parce que comme ils disaient qu'il n'y avait pas de raison neurologique. (...) Ma fille avait beaucoup beaucoup de problèmes pour faire pousser ses dents. (...) Et quand ça sortait, elle tombait très malade. Et puis, c'était douloureux. Elle criait. C'était très très difficile, et je me suis posée la question si le cerveau réagissait à cette grande douleur en faisant ces convulsions-là. Et à l'hôpital de Vancouver où on était à l'époque, ils m'ont dit... c'est ça on m'avait répondu : on est pas convaincu de cela. (...) Donc j'ai exigé de voir un neurologue. J'étais assez dure avec les gens à l'urgence et il l'ont fait voir un neurologue qui m'a dit : mais madame vous avez parfaitement raison, votre fille fait une réaction allergique grave, on enlève tous les médicaments. »

Ève « Pour me donner un médicament ou poser un geste on me retire mon autonomie, ma capacité de prendre soin de moi ... Comme avec le curé qui disait : crois-moi mais ne pense pas »

La non reconnaissance du savoir des mères

Elles ont aussi parfois l'impression de ne pas être entendues ou respectées comme mères, comme parent et vivent une non reconnaissance de leur savoir de mère sur la façon de prendre soin de leurs enfants. Elles ont donc vécu une expérience souvent dévalorisante avec un médecin de MC.

Hélène « C'est que de toute façon, y'avait rien qu'on faisait pour mon fils à ce moment là, à part cogner à des portes pour me dire que j'étais 'une petite maman bien inquiète pis qui cherchait à avoir un enfant parfait, pis que les enfants parfaits ça n'existaient pas'. Mais j'ai été deux ans comme ça avant d'avoir un pédiatre qui décide de faire quelque chose, là. 'Je cherchais le petit bébé parfait. Pis y'était beau, pis y'était fin, pis fallait lui donner le temps'! ». (son fils avait une trisomie huit en mosaïque)

Francine « Pis ça commencé elle avait dix ou douze semaines. Donc, c'était comme si... De ne pas analyser globalement là, pis de ne pas me croire aussi quand je disais : 'Non, y'a autre chose.' »

Caroline « Ben je me sentais ... C'est que... on me faisait passer comme quelqu'un qui était totalement irresponsable. (...) mais là, j'avais... j'avais assez d'expérience, pis j'étais appuyée par mon conjoint aussi. On avait assez d'expérience pour se dire ben... on va s'en tenir à ce qu'on pense nous autres puis à... mais c'était vraiment une question, une question de feeling. C'était vraiment pas ... parce que j'aurais même encore de la difficulté à te l'expliquer. Il y a des choses que je suis pas capable d'expliquer ».

Cette relation de pouvoir patient/médecin a été critiquée par de nombreux auteurs. Une étude démontre l'influence que peut avoir l'attitude du médecin face aux MNC, sur les décisions et l'action prise par le patient sur ses traitements (Tovey et Broom, 2007). Ces auteurs confirment en effet que malgré la variété de sources d'informations et de conseils disponibles, ainsi que la pluralité d'experts et de savoirs, les praticiens de MC jouent encore un rôle central et souvent dissuasif dans la décision d'un patient d'avoir recours à une MNC. On peut donc remettre en question la théorie selon laquelle nous assistons à une certaine déprofessionnalisation de la biomédecine (Gray, 2002; Hardey, 1999). On observe plutôt que tout en gardant leur autorité culturelle et sociale (Lupton et McLean, 1998), les médecins font davantage une restructuration de leur approche afin de négocier avec la présence grandissante des MNC et d'adapter un discours à cette réalité (Lupton, 1998; Tovey et Broom, 2007). Dans ce cadre, il ne s'agit pas d'un changement réel de la relation paternaliste médecin/patient en MC, ni du développement d'outils pour permettre aux patients un plus grand pouvoir de décision.

Les critiques envers la MC

En plus des raisons habituellement retenues dans la littérature et que nous avons retrouvées, les résultats des entrevues ont fait émerger d'autres critiques envers la MC qui peuvent devenir des raisons indirectes d'aller consulter en médecine homéopathique la première fois.

Une vision négative de la vieillesse

Ce qu'elles remarquent aussi en MC, est une vision négative de la vieillesse, que vieillir est une menace et que la MC a médicalisé des étapes de la vie des femmes (par exemple, une menace des maladies liées à la ménopause).

Aline « T'sais ! Quand j'étais allée voir mon médecin justement, elle me parle des hormones. Elle m'en a parlé pendant 20 minutes. Je suis sortie de là en me disant que peut être que. Je devrais peut être... 'T'sais, ça va bien pour toi. Prends-les quatre cinq ans, tu vas passer la ménopause. O.K' »

La mauvaise qualité des consultations en MC

Certaines mères interviewées s'expriment sur la mauvaise qualité des consultations en MC. Nous l'avons noté, la qualité de consultation est décrite comme le temps d'attente, la qualité de l'écoute, le temps alloué et la continuité des soins. Les mères parlent des consultations qui ne durent pas longtemps, qui sont routinières, de la longueur du temps d'attente.

Béate « Un mois plus tard, je revoyais mon médecin à moi, ça duré trois minutes dans le bureau. Elle m'a demandé comment ça allait. Je lui ai dit : "Ca va mieux." Pis je lui ai demandé si je reste en congé encore chez nous, j'étais bien, tout ça. Ca été ça. J'ai resté cinq minutes. (...) Elle ne me connaît pas... »

Denise « pis rentrer dans un cabinet de médecin où on te bombarde de questions, mais on te laisse pas le temps d'y répondre. Souvent, on fait juste te regarder la face, ou tu dis « ah j'ai un peu mal ici pis là.» On te rentre le stéthoscope. Ça se fait en 5 minutes, tu as pas eu le temps de rien dire. Tu ressorts de là avec une prescription pour 14 jours pis... »

Francine « Y'a pas de lien. Ça dure euh... On attend quatre-cinq heures, pis on est là dix minutes. Il examine les oreilles, le nez. Pis, voilà, prescription de pharmacie. (...) »

La mauvaise qualité de l'environnement

D'autres mères parlent aussi de la piètre qualité de l'environnement, par exemple dans les salles d'attentes bondées de monde.

Denise « Bon je ne suis pas paranoïaque, mais... Mais le fait c'est... le fait c'est que dans les cliniques ben il y a des gens qui vont là parce qu'ils en ont besoin, parce qu'ils ont des microbes, parce qu'ils sont malades. C'est ça, j'ai un peu l'impression qu'on arrive avec un petit bobo, mais qu'on peut ressortir de là avec un plus gros bobo que quand on est arrivé. (...) »

L'absence de suivi à long terme

Elles dénoncent aussi l'absence de suivi à long terme, que parfois ce ne soit pas le même médecin qu'elles rencontrent d'où l'impression de ne pas être reconnues.

Denise « C'est sûr que d'une fois à l'autre, elle se souvenait plus de moi ou presque tsé bon. Ça je peux comprendre ça... mais c'est sûr que ça dérange aussi. Tsé quand tu es toujours obligée de répéter des choses. Ou à un moment donné, ça dérange, mais c'est le temps qui fait ça. (...) »

Francine « Fait qu'y'a pas de suivi. J'veux dire elle a des dossiers dans trois-quatre cliniques. C'est jamais le même médecin, fait qu'y'a pas de... En même temps, y'a pas de suivi pour la famille, t'sais ». »

Hélène « Mais la personne que tu as devant toi, t'as des bonnes chances que ça soit pas la même personne... Ça fait que le petit bout

qui a été traité la première fois, y'é peut être même pas au courant. Oui, c'est écrit dans le dossier parce que tu vas à la même clinique mais probablement qu'il n'a même pas eu la chance, parce qu'il est entrain d'éteindre des feux. (...) »

La pénurie des ressources dans le réseau

Aussi, les mères parlent de la déficience des ressources et la pénurie de médecins dans le réseau.

Denise « on le sait que les ressources sont déficientes. Aussi bien essayer de s'auto suffire. C'est ça... quand vient le moment de consulter où tu vas à l'urgence pis tu attends quatre heures... ça peut pas être ça ta solution. Il faut que ça soit autre chose... »

Francine « Pas de médecin de famille, pas de médecin pour les enfants, pas de pédiatre parce que chaque fois que j'ai appelé à des endroits, ils ne prennent même plus de liste d'attente. »

Hélène « C'est que souvent, lorsqu'on va dans la médecine traditionnelle [MC], on est beaucoup à l'évaluation. Le manque de ressources dans le réseau fait qu'on est beaucoup dans l'intervention mais euh, trop peu trop tard. Ce qui fait qu'on peut pas, sur une lancée, amener un enfant beaucoup plus loin... L'intervention classique de réadaptation est faite à dose homéopathique mais y'a pas les résultats homéopathiques. C'est désastreux là! (...) Tu regardes même un rendez-vous de pédiatre. Y'a ben des mamans qui n'ont même pas de pédiatre aujourd'hui. Ça existe plus des mamans avec des pédiatres. (ou en clinique sans rendez-vous) C'est jamais le même. Ben sont rendues en urgence (...) »

C'est donc principalement suite à une expérience négative vécue dans la consultation en MC que les mères ont décidé d'aller consulter un homéopathe la première fois et ainsi d'aller à l'encontre de l'avis de leur médecin, de suivre un traitement qui est souvent critiqué et de payer elles-mêmes (Fortes et Fraiz, 2002) des services qui sont en dehors du régime public d'assurance-maladie.

5.1.2 Les obstacles sur le parcours vers la consultation en homéopathie

Être méfiante ou ne pas y croire

On mentionne souvent que les croyances sont au cœur de la raison de consulter (Owens, 1999, Astin, 1999). Contrairement à ce que rapportent ces études, plusieurs mères ont dit être méfiantes de la consultation homéopathique ou de l'homéopathie avant de consulter, ou ne pas y croire et avoir besoin de savoir « comment ça marche » car elles en connaissent peu sur le sujet avant de consulter. Certaines disent être influencées par les médias et la mauvaise presse faite sur l'homéopathie.

Gabie « Ben, ça m'a pris du temps parce que l'homéopathie, très honnêtement, ça l'a été la dernière chose que je croyais. Ben, elle a eu aussi des publicités. C'est ça aussi....normalement, j'accroche pas... Les publicités, J'avais une revue, j pense que c'est la revue 'Protégez-vous'. Un type qui avait fait des analyses... (...) Fait que ça, ça te fait un p'tit peu penser. »

Denise « Tsé de l'information sur les homéopathes, tu trouve ça où ? Tu trouves pas ça. Le jour où *Enjeux* décide d'en parler, c'est pour faire le portrait de 10 praticiens en médecine non conventionnelle qui sont des charlatans. »

Hélène « Avant de consulter, pas vraiment. Je sais... Bon, la théorie mais la pratique, non. T'sais, ça reste comme...Bon, on parle là, quand même, plus qu'une dizaine d'années là. Ça fait qu'on en entendait pas vraiment parler. C'était... Ça restait comme un peu marginal. Pis à la limite... Oui, ésotérique. »

Le réseau profane de référence

Elles sont donc peu familières avec la médecine homéopathique (Furnham, 1999, 2002, Lewith, *et al*, 2002). La totalité ont dit avoir choisi de consulter parce qu'elles étaient référées par une personne en qui elles avaient confiance (une mère, une sœur, une amie, une collègue de travail, une association professionnelle, un professionnel de la santé – chiropraticien, sage-femme, médecin, ostéopathe) donc jamais spontanément de son propre chef, comme le souligne l'étude de Viksveen (2005).

Béate « Qu'est-ce qui m'a amenée c'est une collègue de travail. C'est elle qui est venue...ben elle, elle était déjà venue pour son garçon. Je suis venue j'avais trente ans. Et puis je faisais de l'eczéma depuis l'âge de cinq ans. Alors, c'est une collègue de travail qui m'a référé à un homéopathe. (...) Fait que là, elle me disait :” Viens, va en homéopathie.” J'ai dit :” C'est quoi l'homéopathie ?” Premièrement, cette personne-là, j'ai beaucoup confiance en elle, de par sa façon d'être. Je trouve que...c'est une personne qui a du sens dans la vie. Tu sais, fait que je me dis que pour qu'elle soit allée voir c'est parce que... Pis de toute façon, j'ai dit O.K., j'y vais, j'ai même pas obstiné, donne-moi son adresse, pis j'ai appelé, pis j'avais aller le rencontrer.”

Denise « J'avais confiance parce que aussi c'est une personne, une amie que je connaissais très bien qui connaissait très bien l'homéopathe qui me l'avait référé ».

Faire face aux jugements des autres

Ces femmes nous ont dit avoir dû faire face parfois à la réticence de leur conjoint ou aux jugements de leurs amis sur le sujet.

Aline « C'est déjà, pour les sceptiques, parce que mon ex-mari n'est pas d'accord lui, mais comme je le paie il ne dit pas un mot. »

Denise « Euh... puis socialement, mettons avec les autres ou ... c'est sûr que bon nos amis, tout ça, ils savent qu'on se soigne par homéopathie. (...) Mais c'est sûr que nos amis... je suis pas... il y a peut-être un peu de taquinerie à ce sujet là (...) »

Isabelle « mais aussi je dirais mon mari qui connaissait moins ça, donc la santé des enfants, c'est à deux. C'est pas une seule personne Ouais lui connaissait moins ça, il était moins, il était plus orienté vers des médecins. (...) il était un peu méfiant à cause de ça, des expériences de son pays donc... »

Elles se rendent donc souvent en médecine homéopathique en dernier recours.

Hélène « C'est pas dans ce sens... C'est du dernier recours (aller en homéo) dans ce sens là. Quand je dis : 'J'avais rien à perdre!' (...) C'est que, de ce côté-là, j'avais peu d'aide, du côté de la médecine traditionnelle [MC]. Alors, je n'avais rien à perdre dans l'fond de consulter...(en homéo) » ».

5.1.3 L'énumération des problèmes de santé pour lesquels les mères consultent

La littérature aborde surtout, au sujet de l'homéopathie, son utilisation pour des problèmes chroniques respiratoires et otorhinolaryngologiques (asthme, allergies, sinusites, otites), cutanés (eczéma, molluscum, acné), psycho émotifs (sommeil, états dépressifs, anxiété, problèmes d'apprentissage et de comportement) et ostéo-articulaire (arthrite, tendinite) (Viksveen *et al*, 2005, Fournier, *et al*, 2003, Fortes, 2002, UPNH, 2001).

Sur un échantillon de neuf mères qui ont consulté pour elles et leurs enfants nous avons répertorié vingt-deux problèmes de santé : (problèmes d'asthme, d'allergies, de sinusites, des problèmes de fertilité, des problèmes d'otites, d'amygdalites, d'eczéma, de verrues, des problèmes d'adaptation chez l'enfant, des problèmes émotifs, de nervosité, des troubles d'apprentissage, des problèmes de puberté précoce, des problèmes d'allaitement, des troubles du nouveau-né, de post-partum, des changements hormonaux, de varices, d'hémorroïdes, de convulsions, de paralysie de Bell, de maniaco-dépression). Ainsi, en plus de ce qui a été souligné dans la littérature, nous pouvons rajouter des troubles hormonaux, des troubles reliés à la période périnatale et des troubles neurologiques aussi.

Aline « C'était pour mon fils Parce qu'il fait des sinusites, ou faisait des sinusites à répétition depuis sa naissance. Bien, (pour) les allergies, (c'est efficace). Raison pour laquelle je me suis permise d'avoir un chat ».

Béate « Moi je suis venue consulter parce que j'avais des problèmes d'eczéma. Alors ça faisait...Je suis venue, j'avais trente ans. Et puis je faisais de l'eczéma depuis l'âge de cinq ans ».

Denise « Bon le début, ça été pour aider pendant l'allaitement, les coliques, la poussée dentaire...euh.. pour moi aussi, remonter... remonter le moral, remonter la santé de la maman après l'accouchement. Faire des forces »

Ève « J'ai consulté parce que j'ai eu des petits problèmes de santé, des problèmes de varices, des problèmes d'hémorroïdes, pis ça l'a réglé très vite. Beaucoup de problèmes de rhinite. Euh... Une paralysie de Bell avec inflammation de la trompe d'eustache. »

Elles consultent un homéopathe autant pour des problèmes de santé aigus que chroniques

Aline « J'sais pas... Tout... Des bronchites, des choses comme ça. Moi, j'irais voir en homéopathie. Pour l'aigu, oui. Mais pour le chronique-là, des gens qui ont des choses en chronique, (...) Ça peut être des choses. C'est là où l'homéopathie donne un espoir en vieillissant. »

Ceci démontre bien l'hétérogénéité de la pratique homéopathique aussi démontrée dans les études faites sur la pratique des homéopathes québécois (Fournier *et al*, 2003; Tremblay, 1993).

5.1.4 Raisons de continuer à consulter un homéopathe

Au lieu de trouver, comme dans la littérature (Vincent et Furnham, 1996), un désir d'utiliser les deux médecines pour vouloir utiliser toutes les options possibles pour sa santé, le fait de continuer à consulter un homéopathe viendrait plutôt, d'après les mères que nous avons interviewées, d'un désir qui se fait sentir après avoir eu

l'expérience positive en homéopathie. Il s'agit donc d'une raison différente des raisons évoquées pour consulter la première fois.

Caroline « Ben moi, ce que je suis convaincue maintenant, c'est que je chercherais à consulter sur les deux plans. Je rejetterais pas la médecine pis je rejetterais pas l'homéopathie, c'est certain. »

Hélène « Après avoir passé tout le temps pour essayer d'analyser la situation, il y a eu un premier dosage qui a été donné. Et pour moi, de voir mon fils, ça été comme aussi important comme différence dans son regard que d'être dans une pièce noire et d'ouvrir une lumière. Où il y a comme un état de conscience qui est arrivé à ce moment-là. Et moi je suis convaincue, c'est pas un effet du hasard. Y'a quelque chose, quelque part qui a travaillé. Pis après ça, on a continué puis on a progressé.»

Continuer à consulter pour veiller sur la santé de la famille

Certaines choisissent également de continuer à consulter un homéopathe pour veiller sur la santé de la famille, autant pour les problèmes de santé aigus que chroniques.

Denise « Quand là je sens que là bon ça fait longtemps qu'on s'est vu. Peut-être qu'on est dû pour une mise au point, de l'ensemble du portrait de... souvent j'y vais plus pour moi pis un peu pour mes enfants aussi. Une petite question ou deux pour mon conjoint. On fait le tour, mais...pour toute la famille (...) qui permet de faire un peu le topo, de prendre, c'est ça, un petit temps pour voir qu'est-ce qu'on peut faire pour aider la famille à être en santé dans le fond.. »

Francine « Ben j'en profite pour glisser un mot sur mon fils parce qu'il y a eu plein trucs qui s'est passé à l'école pis y'a réagi comme

ça (...) Et donc, c'est... Bien ça fait une pierre, trois coups avec la consultation (ses enfants et elle). (...) Quand il y a une relation de confiance qui s'établit avec quelqu'un d'une médecine autre que... une médecine non traditionnelle [la MC], je suis sûre que ça fait un espèce de... un espèce de rempart en tout cas, une... On pourrait aller plus loin dans, dans le soin et dans le bien-être des familles. »

Continuer de consulter pour avoir un suivi

Francine « tout l'temps j'avais un accompagnement et je sentais qu'il y avait une recherche de la part de l'homéopathe pour trouver. (...) (sans l'homéo) Ben oui, [sans suivi en homéopathie] je serais encore à Ste-Justine avec un rendez-vous aux trois mois, avec des médicaments à lui donner pour je sais pas combien de temps. »

Hélène « C'est quand tu vois un homéopathe, tu vois cet homéopathe là et y'a un suivi. Y'a un suivi. C'est très rare que t'as ça aujourd'hui dans le milieu médical. »

Avoir un suivi aussi pour être autonome car il y a une pénurie des ressources dans le réseau de la santé

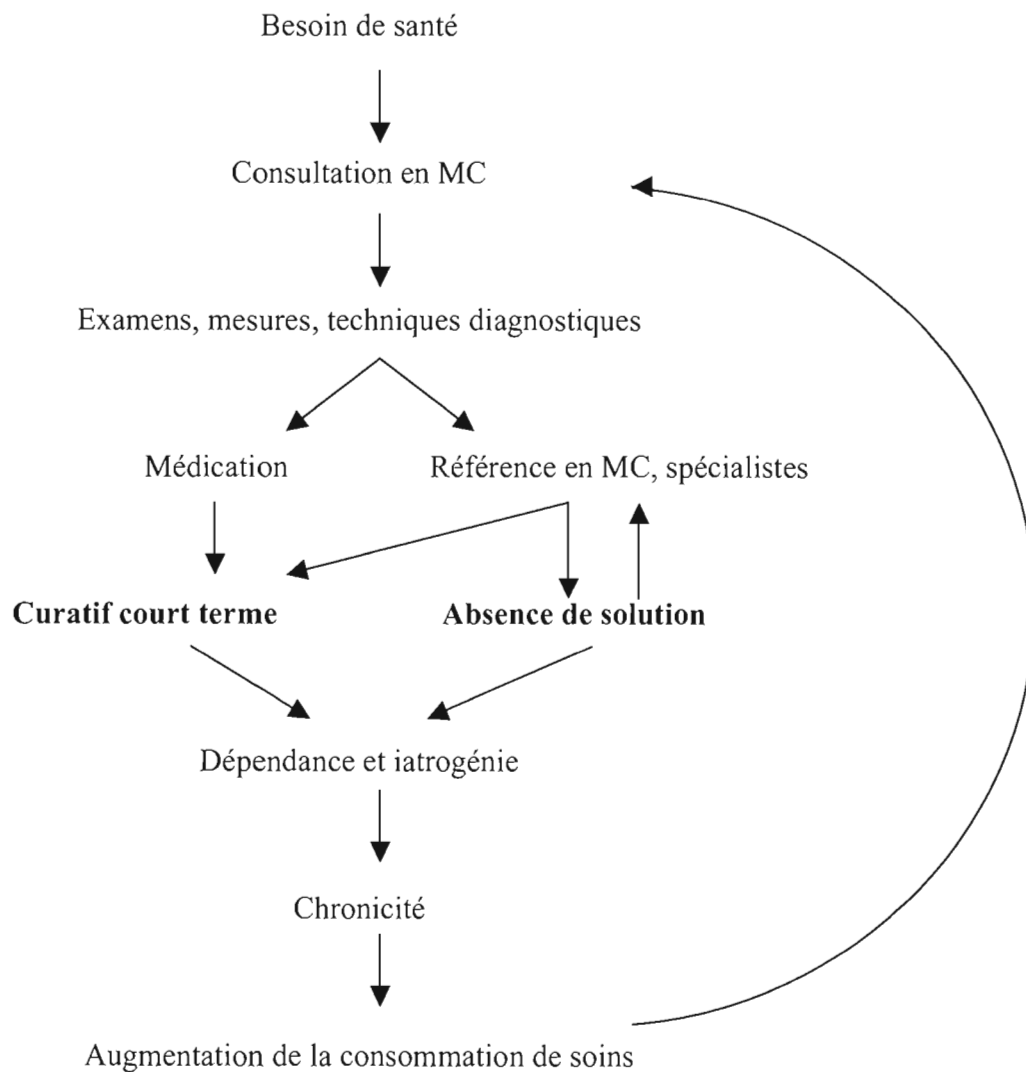
Denise « être suivie pour apprendre à se faire confiance, à développer notre jugement, c'est ça développer vraiment beaucoup le jugement, l'analyse, pis mon dieu davantage être autonome pour la santé. Pourquoi ? Parce que on le sait que les ressources sont déficientes. »

On peut donc questionner les études qui affirment que les gens vont mieux parce qu'ils s'attendent à cela et qu'ils sont prédisposés idéologiquement. La situation

sociopolitique au Québec de la médecine homéopathique ne semble pas permettre ce genre d'affirmation. Ce choix d'aller consulter ou de retourner semble toujours provenir de l'expérience positive d'avoir obtenu des résultats satisfaisants sur leur santé (Fournier, 2002, Cant, *et al*, 1999) et non seulement à cause du contexte de consultation, du temps accordé ou de l'écoute (Honda et Jacobson, 2005; Lewith *et al.*, 2002). « Choisir ou abandonner un traitement ne s'accompagne (...) d'aucun préalable philosophique. Cela ne veut pas dire que les conduites soient vides de sens ; mais ce sens se développe plus dans la marge d'autonomie du sujet que dans le cadre des règles de la société et des connaissances et des valeurs qu'on y partage. Les critères du choix siègent dans les attentes de l'individu et dans sa façon d'agencer à partir de ces attentes les modes de recours qu'il adoptera » (Benoist, 1996, p. 17).

On peut en fait définir la démarche que nous décrivent ces mères quand elles consultent en MC, comme un processus circulaire : elles ont un besoin de santé, consultent en MC, passent par des examens, des mesures et/ou un diagnostic, reçoivent une médication ou sont référées à un spécialiste. Elles obtiennent soit une solution à court terme, soit une absence de solution. Elles vivent soit des effets secondaires des médicaments, soit une expérience négative et se retrouvant devant un besoin de santé non répondu (voir schéma 1). À travers ce processus, nous découvrons leur propre historique de santé et celle de leurs enfants, ce qui nous permet de mieux saisir la complexité du cheminement qui les mènera à la consultation homéopathique.

SCHÉMA 2

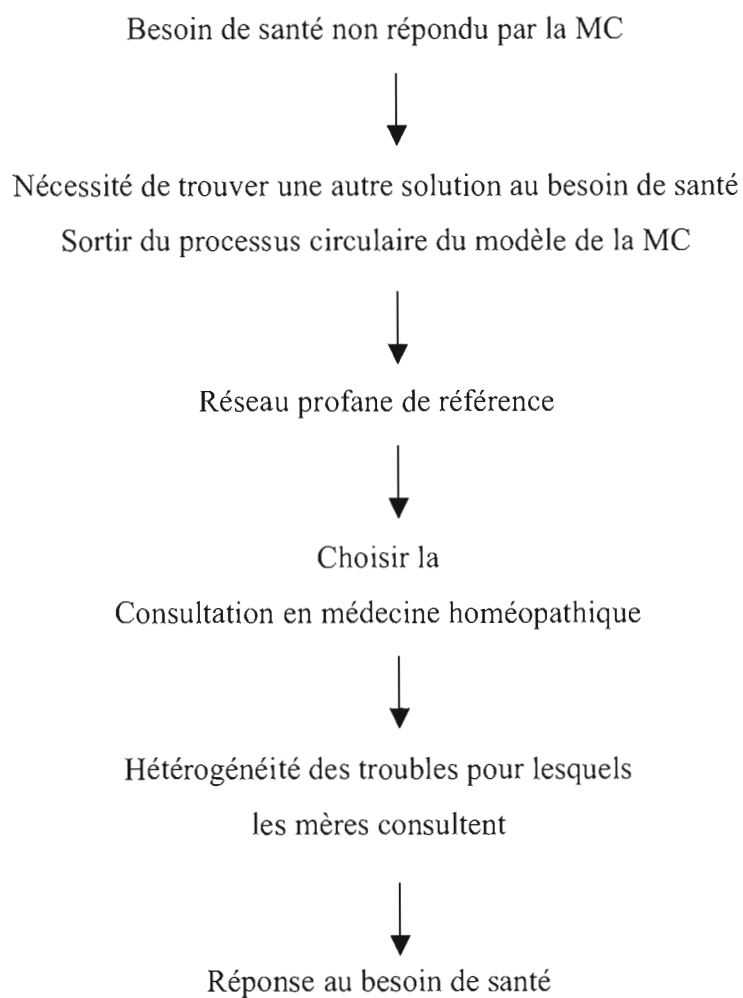
Description du parcours des mères à travers la consultation en MC

L'aspect « **curatif court terme ou l'absence de solution** » représente le processus circulaire qui amène les mères à consulter en médecine homéopathique.

Les mères décrivent l'expérience de leur démarche à travers la consultation en MC en expliquant qu'elles font face soit à du curatif à court terme ou à un besoin de santé non répondu. Elles se retrouvent ainsi prises dans le processus circulaire de la consultation en MC. Comment ces mères se retrouvent-elles dans une consultation homéopathique ?

Nous pouvons donc retenir que c'est principalement à cause d'un besoin de santé non répondu, donc à cause des limites rencontrées en MC que les mères sont amenées à consulter en médecine homéopathique. Et cela, malgré leur méfiance, la controverse qui entoure cette pratique de santé au Québec et le fait de devoir payer elles-mêmes (voir schéma 2). Ce parcours non conventionnel représente en quelque sorte un geste de résistance au discours dominant, à l'autorité médicale et même parfois à leur entourage.

SCHÉMA 3

Description du parcours des mères vers la consultation homéopathique

5.2 IMPACTS PERÇUS DE L'EXPÉRIENCE DE LA CONSULTATION HOMÉOPATHIQUE

Ce modèle vertical ci-dessus du parcours suivi par les mères dans leur recherche de solutions à un besoin de santé non répondu en MC et la façon dont elles arrivent à consulter un homéopathe, nous amène à explorer *les impacts perçus, impact médical et social*, de ce processus dans leur vie. Mais d'abord que vivent-elles comme expérience pendant la consultation elle-même ?

5.2.1 L'expérience de la consultation homéopathique

La première chose qui sera notée par les participantes est la manière avec laquelle elles sont abordées dans la consultation homéopathique. La médecine homéopathique s'intéresse à la réaction individuelle de la personne malade, son action thérapeutique est fondée sur la réaction globale de la personne et aura comme point de départ ses symptômes personnels et subjectifs. Il y a donc une prise en compte de la globalité de la personne.

Aline « C'est qu'on sent que là, on a vraiment fait le tour de toute la personne. (...) L'homéopathe en l'occurrence, va questionner le patient. (...) Comment il vit. Le questionner. (...) (...) il y a un respect du patient. Il y a une vision globale du patient, c'est-à-dire que le contenu physique, psychologique, psychique, environnement, familial, physique, etcetera. Donc, pour moi, c'est une approche qui est beaucoup plus complète, qui va plus en profondeur ... Donc plus pointue, beaucoup plus pointue. (...) Parce que je trouve que ça va beaucoup plus loin. C'est beaucoup plus large, beaucoup plus subtil, beaucoup plus profond que ce que la médecine conventionnelle nous offre. Ce qui ne veut pas dire qu'il y a pas des gens dévoués là. »

Béate « Je me suis enfin sentie...euh...pris dans mon ensemble. Tu sais, c'était pas comme : "Oui, oui, t'as une crème !" "Oui t'as mal on va t'appliquer une crème. C'est plus de dire, il s'est passé telle ou telle affaire dans toute ton ensemble. (...)Tu sais. Fait que c'est un tout. L'être humain est un tout. »

Hélène « Ben, c'est t'sais, l'effet domino [en homéopathie] de tous ces petits détails qu'on accorde pas d'attention en temps normal, qui deviennent tout à fait insignifiants quand on en parle mais qui prennent une image tellement plus grande parce que, remis en contexte des fois, le petit grain de sable fait que l'engrenage barre.. Pis quand, surtout au début [le bébé], quand y'a pas d'expression ou peu de communication-là, c'est des petits détails pis des petits gestes qui fait que : 'Oh! Regarde, y'a quelque chose qui va pas!' D'avoir ce regard-là, pis de prendre acte de ça. Amener un médecin à avoir cette observation-là, c'est un peu difficile.»

5.2.2 La singularité du déroulement de la consultation homéopathique

Il semble important tout d'abord de bien établir les particularités de la consultation homéopathique. Comme nous l'avons défini plus tôt, elle consiste en une prise d'informations autant sur le plan physique, psycho émotif, qu'au niveau du style de vie et de l'environnement. Nous l'avons dit, la consultation homéopathique est donc faite à la fois de l'observation, de l'expérience individuelle de la maladie, d'une relation thérapeutique qui se veut égalitaire et de la reconnaissance du discours de la personne malade. Dans cet échange, les mères remarquent à travers l'écoute et le temps nécessaire à la prise de ces informations, un intérêt et une reconnaissance de la personne par l'homéopathe, mais surtout un lien qui se crée dans ce lieu d'échange à double sens et qui demande une certaine intimité.

Francine « Ça doit être assez rare qu'avec un médecin on puisse avoir un échange euh... aussi long. Parce que les consultations, c'est pas cinq minutes, c'est quand même assez long. Puis elle se souvient de nous, elle a le dossier, elle connaît notre histoire. Puis je trouve que ça va au-delà d'un simple échange d'information... C'est pas une relation, j'sens pas que c'est une relation d'affaire. Je sens que c'est une relation plus impliquée. (...) J'ai senti qu'il y avait vraiment une préoccupation de l'homéopathe pour m'aider, pour trouver ce qu'elle avait et que c'était pas une consultation et ensuite c'est fini. Qu'il y aurait un suivi, qu'elle était intéressée, que humainement il y avait une relation qui s'établissait. Donc, ce n'était pas seulement une rencontre pour regarder les symptômes médicaux, ou problèmes de santé, mais pour une compréhension plus globale de (ma fille). Mais aussi les autres membres de la famille, de moi qui venait d'accoucher... »

Hélène « Dans l'ensemble, je trouve qu'au niveau des rencontres, l'accueil est toujours : Bon, on regarde la personne pis ce qu'elle vit, pas juste le bout qui souffre là. Ça c'est le côté très positif de cette approche-là. Parce qu'on est une personne entière! On n'est pas juste des petits bouts à soigner! Euh... Quand on a un enfant qui est différent euh... ben des difficultés d'une part vont entraîner des répercussions sur une sphère complète de la vie. L'évolution de l'enfant n'est pas standard, ça fait qu'évidemment y'a rien de standard. (...) Quand on a un enfant qui est différent et qui présente un profil très particulier, la moindre petite chose on va le noter parce que, si on est suivi en homéopathie, ça peut avoir une incidence. On apprend ça très tôt. »

Isabelle « Avec mon homéopathe, peut-être je connais pas le médicament, mais si je pose des questions pour savoir c'est quoi, qu'est-ce que ça fait, j'ai jamais senti un refus de m'expliquer ou un

sentiment... que ça le dérange, ou que ça l'énerve. (...) Des fois les médecins, c'est tu prends ça, c'est ça qui règle le problème pis il y a moins de dialogue par rapport à ça. J'ai l'impression les homéopathes, en tout cas mon expérience jusqu'à présent, c'est pas de dire 'ben j'ai toute les réponses'. C'est plus 'vous me fournissez l'information qui me permet de vous proposer des choses', ce qui est différent de : 'je te dis ce que tu dois prendre'.»

L'écoute et le temps

Plusieurs mères se sentent écoutées.

Isabelle « Donc j'ai eu la référence d'un homéopathe que j'ai maintenant. Je suis allée et puis on a fait le premier rendez-vous. Bon comme d'habitude, c'est assez long, il prend le temps, on pose beaucoup de questions et tout... »

Alice « Y'a une écoute. On a le temps. Donc, on se sent pas bousculé. Et donc, ça, ça permet de commencer déjà à faire des liens aussi, juste par toutes les questions et les explications qu'il va donner dans la consultation. Ça...je trouve que ça éclaire. La consultation a pris une heure et vraiment fait le tour de la personne. »

Se sentir importante

Elles se sentent aussi valorisées par la reconnaissance de la valeur de ce qu'elles donnent comme information.

Caroline « Euh pis on se sent important [dans la consultation en homéopathie] aussi dans ce qu'on va révéler. (...) »

Recevoir de l'information

Certaines décrivent aussi la consultation homéopathique comme un lieu où elles sont informées.

Alice « (...) Mais aussi l'information qu'on reçoit. On reçoit énormément d'informations »

L'espace de la consultation est donc un lieu d'échange : les mères donnent et reçoivent de l'information.

5.2.3 L'impact médical à long terme - l'impact de la thérapeutique

Les mères notent tout d'abord une amélioration de l'état de santé qu'elles attribuent à l'efficacité du remède homéopathique (Anelli, *et al*, 2002, , Attena, *et al*, 2000, Steinsbekk, 2005). Il semble que les mères soient en mesure de faire une distinction claire entre l'impact du remède et l'impact de la consultation comme lieu d'échange (Brien, *et al*, 2004). Cette information remet en question les études qui stipulent que l'efficacité de la médecine homéopathique repose exclusivement sur le temps de consultation et l'écoute que les gens reçoivent (Lewith, 2002, White, 2003).

Aline « Il lui a donné comme deux granules à prendre. Je pense c'était deux fois par semaine pendant deux semaines. Pis ça été fini. (...) Ca c'est assez frappant aussi, parce que ça n'a pas été une longue série de traitements ou médicaments. Ça été des petites granules vraiment. Pis c'est fini ».

Denise « Au bout de trois mois, je suis tombée enceinte. Donc l'objectif a été atteint tout de suite. (...) Donc une fois que j'étais enceinte, il fallait s'assurer que je le garde. Donc on a continué les

rencontres pour ça. Pour s'assurer que la grossesse allait bien se dérouler jusqu'à la fin. »

Ève « ... Oui j'ai eu des petits problèmes de santé, des problèmes de varices, des problèmes d'hémorroïdes, pis ça l'a réglé très vite. Beaucoup de problèmes de rhinite. Euh... Paralyse de Bell avec inflammation de la trompe d'eustache. Oui. (Ça a réglé tout ça) Des fois ça prenait un 18-24 heures avec le produit homéopathique pis la douleur ou le malaise s'en allait. »

Gabie « Ecoute, les verrues (...) Ça faisait, j'te dirais ... peut être six-sept mois et plus même. Là elle en avait plusieurs partout puis j'allais à la clinique les faire brûler, les faire brûler pis...Ça marchait pas là, t'sais. Fait que, j'ai décidé de faire appel à (un homéopathe). Pis dans la semaine qu'y'a suivi la prise des granules, ça disparu. »

Hélène « J'pensais pas être capable de me rendre [à mon rendez-vous] tellement le nez me coulait, les yeux me coulaient. J'suis venue les yeux tout gonflés. Ah! C'était épouvantable, à ne plus en voir clair! T'sais, j'conduisais avec un œil qui pleurait. Quand ça pleurait trop, je changais. ... J'ai conduit sur l'accotement. Quand je suis arrivée là, c'était ... J'étais en méga, méga crise là. (...) [J'ai dit à mon homéopathe] 'R'garde, c'est ça que je fais!!!' Fait que là, dans les quinze minutes qui ont suivies, [avec le remède] ben là, ça s'est résorbé là ».

5.2.3.1 Impact par l'amélioration de l'état de santé

Comme nous l'avons souligné plus tôt, l'auto-évaluation de l'état de santé qui est une mesure du besoin de santé, va devenir déterminante dans le recours à la consultation homéopathique. Anelli (2002) s'est penché sur l'évaluation du changement positif de la qualité de vie des gens recevant des traitements homéopathiques dans six pays d'Europe. Attena (2000) et Steinsbekk (2005) ont étudié l'évaluation par les gens sur l'amélioration marquée de leur état de santé et les besoins comblés au niveau des soins de santé primaires. Ces informations sont importantes dans la mesure où ce qui détermine l'utilisation d'un service de santé, quel qu'il soit, passe par une auto-évaluation de son état de santé qui, à son tour, peut permettre d'identifier les besoins de santé d'une population.

Les mères témoignent des diverses améliorations de l'état de santé de leurs enfants et d'elles-mêmes pour divers troubles pour lesquels elles avaient consulté : disparition des sinusites, guérison de l'eczéma, des allergies, amélioration de troubles hormonaux ou carrément la guérison de maladies, ce qui veut dire solution définitive. Aussi, elles notent l'absence d'effets secondaires avec les remèdes homéopathiques, la prise peu fréquente des doses.

Aline « C'est là où j'ai rencontré donc (l'homéopathe) avec lui. Donc on a fait une consultation pour (son fils). Et puis ensuite, il lui a recommandé donc des remèdes et très rapidement ça c'est terminé. Y'en n'a plus fait aucune. (Il n'a plus fait de sinusites) (...) je n'ai pas été malade et mes enfants non plus depuis trois ans. (...) Ben oui, c'est un changement ! Pas d'antibiotique, presque pas de maladies. Ils ont un petit rhume et tout de suite ils passent à travers ça. (...) Alors ce qui m'en est resté, c'était surtout un soulagement, d'abord, parce que mon fils ça l'aidait. Parce que tu sais, il était

tellement bouché [le nez bouché] des fois qu'il avait de la misère à écouter en classe. Tout ça l'affectait. Alors, j'étais bien contente. »

Béate « J'ai des belles mains ! Ça m'a apporté que j'ai...euh... Ça m'a apporté des belles mains. (...) Ben j'ai vu des résultants. T'sais, je peux comparer, j'ai eu des résultats avec l'eczéma. J'ai plus de problèmes d'allergie. Avant ça, j'en avais, j'en ai plus. »

Francine « Pour ma fille, c'est tellement clair que c'est grâce à l'homéopathie que les symptômes, on a trouvé ce que c'était, et que les symptômes sont disparus et les médicaments aussi, que je me dis que ça, ça fonctionne donc je peux faire confiance au reste (...) Y'a pas eu de... de problème de santé dans la famille pour lequel je me serais dit : 'Ce n'est pas efficace (...).

Caroline « Pis moi, je consultais pour l'infertilité mais y a quelques autres problèmes qui ont été réglés quand même en cours de route ... par ... par les consultations. C'est pour ça que dans ce sens-là, ça été révélateur de ce que cette pratique là pouvait m'apporter ».

5.2.3.2 Impact sur des changements dans la consommation de soins

Les mères notent une diminution dans la consommation de médicaments allopathiques avec moins de prise d'antibiotiques et une diminution des visites chez le médecin car elles ont moins besoin de consulter. Nous avons tenu compte de l'aspect de l'impact *à long terme* car nous avons choisi des mères qui avaient une expérience de consultation en médecine homéopathique depuis au moins 2 ans, ce qui permettait de voir avec un certain recul, l'amélioration de l'état de santé. Aussi, le recours à la consultation en médecine homéopathique a aussi permis d'éviter la chirurgie.

Aline « Mais mes deux enfants n'ont pas pris d'antibiotiques depuis 5 ans. (...) On a traité son acné entre autres, où là encore on me recommandait un antibiotique. Donc, on a évité les antibiotiques là aussi. (...) Ben oui, c'est un changement ! Pas d'antibiotique, presque pas de maladies. Ils ont un petit rhume et tout de suite ils passent à travers ça ».

Isabelle « il m'a donné des granules. Il m'a recommandé de lui donner certaines granules pendant une période de temps. Je lui ai donné ça. Je dirais dans un délai de un mois, tout était parti, les verrues, les éruptions, tout et c'est pas revenu pendant presque de 5 ans. Et puis quand il y a une petite éruption, on est allé le voir. Il m'a donné des granules pis ça disparu sur le champ. Donc ça fait 5 ans maintenant et puis on n'a pas eu à aller faire une intervention chirurgicale. »

Francine « (sans l'homéo) Ben oui, je serais encore à Ste-Justine avec un rendez-vous aux trois mois, avec des médicaments à lui donner pour je sais pas combien de temps. (...) On a évité, [ma fille] devait se faire opérer comme un mois plus tard pour se faire mettre des tubes dans les oreilles puis enlever les adénoïdes, je pense...L'ORL a fait : 'Ben non, c'est rentré dans l'ordre.' L'otite qu'elle avait et le rhume qui durait depuis tout l'hiver... ».

Hélène « Ça été drastique. Mon fils ...avant que je commence vraiment à voir une homéopathe, avec des rendez-vous à intervalle où on commençait vraiment à intervenir, ...petit bébé, la première année, on était à...j pense six ou sept hospitalisations, des rendez-vous à peu près à tous les mois. Je schedulais mes rendez-vous. 'O.K., là j'ai un antibiotique, j'ai quatorze jours d'antibiotique, sept jours il va être pas pire, il va tomber...O.K. J vais prendre mon rendez-vous à telle date, parce que d'après moi, il va encore être en

problème.' (...) Après, bon ben c'est ça. On a commencé à travailler au niveau de... de renforcer le système immunitaire. (...) Oui. Pour un enfant qui a des difficultés au niveau de toute l'organisation motricité fine globale, ben regarde là y'é en santé. »

La diminution dans la consommation des soins de MC, peut aussi se constater quand les mères parlent de leur homéopathe comme « une première ressource », une source d'information disponible pour demander conseil, sans pour autant éviter la MC.

Caroline « Les meilleures conditions, c'est sûr que au niveau de problèmes qui est pas un accident... bon... Bon là c'est ça. C'est discutable, c'est clair [c'est la MC]. Mais sinon, si [mon homéopathe] était là, c'est sûr que ça serait ma première... la première ressource. »

Francine « Ben c'est sur que d'avoir consulté pour [ma fille], ça fait que j'ai consulté pour moi, pour des problèmes de santé aussi mineurs. C'est-à-dire qu'à chaque année, à telle période, je tombe malade, bon. Pour mon garçon aussi, plus au niveau des émotions aussi, des crises qu'il peut faire. Donc, c'est un peu comme un conseillé (...) Pour dire, ben y'a ça aussi qui va pas. Y'a telle émotion, y'a telle fatigue. Mon garçon, ça aussi ça me préoccupe, peux-tu le regarder? Ou juste discuter? (...) Trouver un médecin que je peux appeler...qui écoute Ah! Ben, ça remplacerait pas. Parce que c'est une autre vision de la maladie, de la santé, tout simplement. C'est pas un meilleur que l'autre. Ça serait complémentaire.»

Hélène « Pour moi, ma première ligne, c'est mon homéopathe. Parce que le besoin que j'ai, c'est plus un besoin de soutien de base. T'sais, j'ai pas... J'suis pas dans l'intervention massue là. »

Mais aussi parfois, la consultation en médecine homéopathique permet de trouver des solutions alternatives pour éviter certaines interventions

Isabelle « Ça m'a enlevé beaucoup de stress par rapport à ce qu'il voulait faire à ma fille. Tout à fait, ça m'a aussi donné aussi la confiance de savoir qu'il y a d'autres options. Et puis de poursuivre ça. Et puis non ça m'a donné beaucoup de soulagement finalement de trouver une solution qui était beaucoup moins agressif et interventionniste pour ma fille qui avait à peine 2 ans. »

5.2.3.3 Impact par des résultats à long terme sur la santé

L'impact médical vient aussi des témoignages sur les résultats obtenus à long terme sur les problèmes de santé, suite à la consultation en médecine homéopathique.

Caroline « Ben juste le fait de... juste le fait de voir qu'on désire... on espère régler un problème à long terme, ça en est une forme de prévention d'après moi. Parce que si si tu prends... t'as un problème quel..., ben un problème d'otite pour les enfants, pis que c'est à répétition pis que tu donnes des antibiotiques que tu t'en soucis pas, ça devient chronique. C'est une forme de prévention de vouloir justement, de pas de pas donner trop d'antibiotiques ou de vouloir traiter différemment pis tout ça (...) ben les problèmes de peau Entre autre. Ben là, je trouve que ça, la petite crème, c'est le fun la petite crème à la cortisone. Ça va bien, ça va vite. C'est facile, mais c'est toujours à recommencer. Tandis qu'en homéopathie, les problèmes que ma fille a eus se sont réglés beaucoup plus lentement mais efficacement parce qu'il y a des choses qui ne sont pas revenues. À long terme. »

Denise « ça été comme : ‘ok on va aller à la solution antibiotique pour régler’... le problème c’est que ça règle le problème, ça règle la chose... le bobo sur le coup, mais c’est pour ça aussi que je préfère aller avec l’homéopathie. J’ai plus l’impression qu’on travaille avec quelque chose à long terme (...) Toute la perspective de être en santé. Je veux pas juste ne pas être malade. Je veux pas juste régler le petit problème que j’ai. Je veux être en santé, pis je veux que ça soit sur du long terme. Donc ça aussi c’est une autre différence fondamentale. On travaille sur ça. Sur être en santé, sur du long terme, renforcer l’organisme, s’assurer qu’on... bâtit des outils pour que l’organisme à l’avenir soit capable de se défendre tout seul. C’est tout ça qu’on peut... que je sens pas du tout du tout qu’on peut faire en médecine conventionnelle ».

Ève « C’est à long terme. C’est pas d’une bouteille de lithium à une autre bouteille de lithium pis jusqu’où la dose va me rendre malade pis quand est-ce qu’on va te dire... Non non non non... C’est... la vie va se dérouler. »

5.2.4 L’impact social

L’impact social se traduit souvent par un changement des comportements de santé et particulièrement par une prise sur le monde et une plus grande autonomie acquise à travers l’*empowerment* et la capacité d’agir.

5.2.4.1 Impact sur des changements de comportement

La consultation homéopathique ne semble avoir qu’un effet indirect sur les comportements de santé. Les mères interviewées, en comprenant comment elles

fonctionnent, en faisant des liens avec le reste de leur vie, en arrivant à mettre des mots et à mieux se connaître, remarquent des changements, sur leur hygiène et leurs habitudes de vie, leur fonctionnement, leur façon de réagir, sur leur perception de la santé et sur les observations qu'elles peuvent maintenant faire sur elles et leurs enfants. Elles vivent un changement dans leur perception d'elles-mêmes et leur contexte social où elles peuvent parfois faire des liens entre la vie en général et leurs symptômes.

Aline « Comme mère...ben, ça m'a rendu beaucoup plus consciente au niveau de la santé. Évidemment de...de l'approche. Ça fait changer notre approche, c'est certain, ... faut vraiment être à l'écoute, faut observer. C'est une autre façon complètement d'envisager la santé. (...) Ça change l'optique de faire une démarche comme ça. C'est-à-dire que moi, ce que je fais de plus en plus c'est, on parle d'autonomie de la santé, c'est vraiment une hygiène de vie, veiller au sommeil... Tu sais on y arrive pas toujours, mais je fais attention. Faire de l'exercice, tout ça. ... De sorte à éviter justement, d'être malade. C'est à long terme. Donc, j'essaie de garder mon corps le plus en forme possible, le plus sain possible. Je veille à mon alimentation. Ça aussi tu sais, c'est un virage qui vient avec. »

Gabie « Tu sais, je suis une personne anxieuse, ça me permet de comprendre...tu sais, de m'arrêter. Tu sais, je chemine à travers ça. Je comprends. Je veux apprendre. Tu sais je veux arrêter des modes de fonctionnement. Ça m'a appris à me connaître. »

Ève « L'avenir se présente mieux. Je vois tout différemment, mon mon rapport à la vie, mon rapport aux loisirs, faire attention à moi »

Impact possible sur la prévention

L'impact de la consultation homéopathique sur des comportements préventifs comme changer des habitudes (sommeil, exercice, alimentation), ou vouloir continuer de s'aider et agir sur le long terme pour que le problème ne revienne pas, était moins évident. Toutefois, il faut comprendre qu'en homéopathie, le domaine de la prévention fait partie des principes mêmes de sa thérapeutique puisque les homéopathes peuvent intervenir en amont des problèmes sur les déterminants de la santé et du bien-être comme les facteurs endogènes ou biologiques, les habitudes de vie et de comportements et les environnements physique et social (milieu de vie et conditions de vie) (Fournier, 2001). Cette forme de prévention se retrouve à travers la consultation, d'abord, avec l'importance du temps accordé et avec la richesse de l'interrogatoire/l'anamnèse. Cela permet à la personne qui consulte de faire prendre conscience de son état, de sa susceptibilité, de ses prédispositions individuelles, parce qu'elle acquiert une meilleure connaissance d'elle-même.

Béate « C'est toujours ton mode de fonctionnement, de ce que t'es, du moins, en tout cas de ce que je peux voir, de ce que je vois là!. La prévention c'est, euh... ...tu parles de toi. Tu viens parce qu'il se passe quelque chose ou du moins t'as vécu quelque chose ou du moins...On est ce qu'on est de par ce qu'on a vécu, de par ce qu'on voit comme...des fois j'le dis à mes filles, ça veut pas dire que ce que je fais c'est toujours correct. Fait qu'en même temps, c'est ça, j'pense que l'homéopathie en prévention c'est de...briser des schémas, de...de ...d'être à l'écoute...Ben il faut être à l'écoute de ça. Il faut être capable de...Quand j'me dis qu'on a tellement des explications en homéopathie ».

Caroline « Pis là, on avait fait un lien par rapport à ça, mais déjà c'était... c'était... mais tsé on a été capable à partir de ce moment de voir des choses par rapport à ce qui s'était passé auparavant pis prévenir d'autres affaires pis tout ça. C'est sûr là. ».

Nous l'avons souligné, le traitement homéopathique implique un modèle de soin holistique qui inclue la consultation elle-même stimulant ainsi chez l'individu la connaissance de ses symptômes et possiblement la capacité de faire des liens avec des situations de sa vie de tous les jours, jouant un rôle en prévention (Launso, 2007). Elle prend conscience de l'importance de l'hygiène alimentaire, de sa condition physique et de sa qualité de vie pour éviter l'apparition des déséquilibres qui mènent à la perte de la santé; elle est amenée à réfléchir sur les liens à établir entre son environnement (familial, social et professionnel) et les facteurs initiaux de la maladie.

Francine « Si les familles pourraient avoir accès à des équipes multidisciplinaires, médecine traditionnelle, t'sais l'idéal là... (...)Pis quand ils sont vraiment malades pis qu'ils trouvent pas, là y'a un médecin. Plutôt que tout l'temps aller voir un médecin. En même temps, ça irait tellement plus loin que juste les symptômes physiques. Ça permettrait tellement, avec une équipe comme ça, de voir qu'il peut y avoir des problèmes autres que physiques dans cette famille là. »

Isabelle « Ben je suis sûre parce que c'est préventif. L'homéopathie travaille à aller chercher vraiment la raison du problème et non juste la manifestation, donc tu préviens à long terme. Si je règle un problème à long terme... Je reviens à l'examen. Si on me donne de la cortisone, je l'utilise, quand il n'y en a pu, ça revient, je retourne chaque fois je vais retourner consulter mon médecin. Mais si on me donne une solution qui peut comprendre différentes choses, mais qui dit ça

provient de telle telle affaire faut que tu arrêtes je sais pas de manger ça ou que tu diminues ton stress. C'est plus.... C'est durable comme solution. »

Enfin, l'homéopathe vise les causes premières qui peuvent engendrer les maladies et utilise les moyens d'agir à cet effet. Il s'intéresse aux risques de rechutes en traitant à long terme, ce qui peut aussi être considéré indirectement comme une forme de prévention. « Les champs respectifs et les niveaux de prévention formulés depuis la Commission Rochon de 1988 sont : primaire – élimination des causes des problèmes de santé, secondaire – dépistage précoce, et tertiaire – diminution des risques de rechute. » (Fournier *et al.*, 2001, p. 71)

5.2.4.2 Impact sur le couple et le support de la famille

Un support pour le couple

L'influence de la consultation homéopathique peut se manifester aussi plus subtilement sur la relation dans la famille, souvent avec le conjoint. Le fait que ce dernier assiste aux rencontres, permet de créer une alliance et un rapprochement.

Béate « Ça l'a un impact dans ma relation de couple. Parce que j'ai mentionné tantôt, [mon conjoint] est venu, meilleure communication, meilleur échange pis qu'il ne réagisse pas aussi. Pis, souvent c'est comme j'ai dit, c't'un gars qui est réactionnel. Maintenant c'est...il peut me comprendre pis il va plus être empathique là-dedans (...) Pis j'ai toujours eu de l'explication quand je suis venue ici en homéopathie. Lui aussi, c'est quelqu'un qui aime ça apprendre... ».

Un support pour les familles

Un autre impact important semble venir du fait que les mères ont l'impression que la consultation homéopathique leur apporte un soulagement et un support familial.

Béate « pis c'est l'impact que ça a sur mes filles. Déjà elles sont prises en charge, déjà quand elles sont petites. Parce que les vois agir pis tu sais, y'auront pas trop à réfléchir, tu comprends-tu ? Ca va être inscrit déjà dans leur dossier. J'ai...me faire, me faire rassurer aussi. »

Francine « Et dans la famille, pis un stress pis un souci en moins aussi. Y'a eu quand même une...ça été assez long sauf que... tout l'temps j'avais un accompagnement et je sentais qu'il y avait une recherche de la part de l'homéopathe pour trouver (...) Quand il y a une relation de confiance qui s'établit avec quelqu'un d'une médecine autre que... une [MC], je suis sûre que ça fait un espèce de... un espèce de rempart en tout cas, une... On pourrait, on pourrait aller plus loin dans, dans le soin et dans le bien-être des familles. »

5.2.4.3 Impact sur l'*empowerment* et la capacité d'agir

Sans doute le point le plus significatif et sur lequel il a été plus surprenant de trouver spontanément autant d'information est sur le fait que les mères ressentent un sentiment de plus grande autonomie, une certaine capacité d'agir (*agency*) vécue comme une prise de pouvoir. Elles ont l'impression d'avoir une capacité d'agir et d'avoir des solutions auprès de leurs enfants. Cet *empowerment* semble se faire à travers différents aspects que comporte la consultation en homéopathie, soit 1) à travers le développement du sens de la cohérence face à ce qui leur arrive (en

comprenant, en développant des moyens, en étant plus critique face aux soins offerts, à travers une vision plus positive de l'avenir) et 2) par le fait d'être reconnues comme participante actives et compétentes.

1) L'empowerment se vit à travers le sens de la cohérence

Rappelons que certains auteurs (Antonovsky, 1979, 1987; Scott, 1998) ont insisté sur l'importance, sur la santé, du sentiment de pouvoir qui passe par la quête de sens, un sentiment de cohésion et le sentiment d'être participant dans le façonnement de notre destin. Les mères constatent que d'être prise dans leur globalité permet de faire des liens entre les symptômes et leur vie, leur environnement. L'expérience de la consultation homéopathique leur a permis de comprendre ce qui leur arrive à elles ou à leurs enfants, de mettre des mots sur les maux.

Béate « Et puis... en homéopathie, c'est sur que ça me plait. De faire des liens avec la...De tu sais, de faire des liens avec ma machine à moi. Comment elle fonctionne vis-à-vis moi, vis-à-vis les autres personnes, les autres personnes par rapport à moi (...) Fait que ça me permet de comprendre que mon corps, il va avec ma tête pis que quand ça marche, ben mon corps il me le dit, même si ma tête peut penser... »

Caroline « Mais c'est surtout d'apprendre que... c'est avec l'homéopathie que j'ai vraiment appris à... Mais ça, c'était comme dès le début, le lien qui pouvait y avoir par rapport à notre vie en général, pis les symptômes qui vont, qui peuvent apparaître. C'est surtout ça. C'est surtout... chose pis chose qui est pas du tout reconnue quand tu vas voir un médecin. »

Gabie « J'dis que ma fille aussi ça l'a aidé. Ellr avait des démangeaisons aux pieds...L'appréhension de vouloir aller à l'école. J'suis capable de voir ça avec elle : 'Regarde (sa fille), quand ça te pique, est-ce que tu penses que...' ...D'essayer...de mettre...j'veux qu'elle fasse la même chose que moi quand j viens consulter. 'On va mettre des mots sur comment que tu es toi. »

Le processus homéopathique cherche à rendre à la personne sa capacité de déterminer seule ses manières de penser et d'agir, et lui fait découvrir sa capacité de discernement et d'observation (de soi-même et de son environnement), afin que soient identifiées, pour les éviter, les facteurs initiaux de dérèglement de la santé. Si les mères ont le sentiment de comprendre ce qui se passe, de trouver un sens, une cohérence, cette quête de sens leur donne aussi envie d'en savoir plus et d'être actives face à leur santé.

Aline « Ah ! Oui, pour moi, c'est incontestable maintenant. Des fois, on ne le sait pas trop parce que, un élément peut déclencher quelque chose qui était pas tout à fait conscient, qui était un peu oublié. Puis, pouf ! Ça sort à ce moment-là! Avec le recul, parfois on peut faire le lien. Mais c'est évident pour moi. On tombe pas malade à n'importe quel moment pour rien. C'est clair, clair, clair. »

Ève « J'ai eu l'impression de mieux me connaître... par rapport aux questions qui étaient posées, par rapport... être plus sensible à mon goût... J'ai remarqué qu'il y avait plein de petits détails qui m'avaient quand j'étais en phase « hi » ou « down ». Pis je pouvais voir ma courbe qui montait ou descendait. C'est la consultation qui a amené cette information-là. C'est peut-être l'angle que prend l'homéopathie pour voir la santé. C'est comme global, pis ça l'inclus les sensations les plus intimes comme les plus minimes. »

Béate «Puis, ce que j'avais beaucoup apprécié lors de cette rencontre-là, c'était l'explication qu'il y avait en arrière de tout ça. Je trouvais que ça avait une cohérence. Puis je me suis dit :” Ah ! Enfin une autre explication que j'avais jamais entendue pis que je trouvais que c'était sensé avec mon propre mode de fonctionnement. (...) Ça m'a apporté (de consulter en homéopathie) des belles mains. Ça m'a permis aussi de prendre conscience de comment j'étais moi aussi...Tu sais, je suis une personne anxieuse, ça me permet de comprendre...tu sais, de m'arrêter. Tu sais, je chemine à travers ça. Je comprends. (...)Wow ! D'être capable d'exprimer, de mettre des mots sur comment je peux me sentir, pis comment mon corps il réagit, c'est sur que je trouve ça extraordinaire. »

Denise « Ben une façon différente de voir les choses. Tantôt, je disais on est un tout. Ça j'ai compris ça en homéopathie. C'est-à-dire que aujourd'hui, si j'ai mal à la tête, je vais essayer de vraiment comprendre d'où vient, pourquoi j'ai mal à la tête. Je vais pas juste essayer de guérir ça. Ça donne quoi ? Ça donne que je vais peut-être régler le mal de tête, mais je vais peut-être régler d'autre chose aussi...qui sont des questions personnelles, qui sont pas nécessairement des questions de santé et physique, mais qui sont des questions personnelles. Donc ça c'est sûr que ça ça beaucoup changé ma façon de voir ma personne pis de voir les personnes de ma famille aussi ».

L'empowerment en développant des moyens

En renseignant sur la thérapeutique elle-même, son approche globale et sa conception de la santé et de la maladie, l'homéopathe donne des outils à la personne qui consulte pour sa propre prise en charge du processus de guérison, c'est-à-dire une autonomie par rapport à sa santé. En apprenant à observer, en développant un outil pour se débrouiller les mères ont moins de soucis face à la maladie et l'impression de ne pas

envisager une maladie de la même façon. Des mères ont dit avoir aussi le sentiment de faire quelque chose pour avoir un impact sur la guérison ce qui leur donne un sentiment d'avoir plus de contrôle, d'autonomie et de pouvoir.

Aline « Ben, ça me donne plus, c'est certain que ça me donne plus d'autonomie... parce que je suis beaucoup plus au fait de ce que je peux faire pour me guérir moi ou guérir mes enfants...Donc, je ne suis pas ...comment je pourrais dire, impuissante devant un rhume, un virus ou un début de bronchite. Tout d'un coup, je sais quoi faire. C'est comment questionner ? Comment réfléchir pour soulager ça ? Ça donne un certain pouvoir, justement...que on n'a pas quand on est démuni pis qu'il faut aller à la clinique pour attendre finalement l'avis d'un spécialiste. Alors que là, on peut déjà faire une partie de la démarche soi-même. (...) Donc, on prend l'temps de regarder. On prend l'temps de faire le tour de la question avant de se précipiter. Donc, ça donne beaucoup plus confiance dans ce processus d'observation, de recul. Au lieu de se précipiter vite, vite, vite. « Faut pas qu'il ait mal ! Faut pas ci, faut pas ça. Ça donne confiance.»

Denise « J'ai demandé à mon homéopathe aussi des ressources pour pouvoir me débrouiller toute seule. Parce que je voulais pas l'appeler dès que j'ai mal à tête ou dès que je sais pas moi... dès qu'un enfant arrive avec un rhume. Je voulais quand même être capable de me débrouiller un peu toute seule. Faque, il y a eu ça aussi. Il y a eu tous les conseils pour... il nous a bâtit une petite trousse de base avec les principaux remèdes. Il m'a conseillé un livre qui... c'est ça, qui est bien fait, qui est simple, qui est facile à utiliser dans lequel je peux aller chercher quand même pas mal de réponses à mes questions quand il arrive des petits bobos. (...) L'homéopathe donne des outils, te donne des trucs pour te débrouiller toute seule aussi. Apprendre à se faire confiance, à développer notre jugement, c'est

ça développer vraiment beaucoup le jugement, l'analyse, pis mon dieu davantage être autonome pour la santé. »

L'empowerment dans la capacité d'être plus critique face à la MC

Ce sentiment d'autonomie, de pouvoir, de confiance en soi, d'être importante, d'avoir une demande légitime car elles se sentent écoutées, leur donne la capacité d'être plus critique dans leur relation en MC ou sur les prescriptions. Cet *empowerment* permet aussi d'être plus critique face à la MC et peut-être de changer la relation de pouvoir entre médecin/patiente.

Aline « Maintenant, le pédiatre des enfants me connaît là. Parce que je pose des questions et tout ça...Oui, il m'a souvent dit ça : « Vous me surprenez Madame. C'est étonnant ! »

L'empowerment à travers une vision positive de l'avenir

Le sentiment d'*empowerment* passe aussi par une vision de l'avenir qui ne veut pas forcément dire subir la maladie et la vieillesse. Une vision globale de la personne, incluant son environnement, sa réalité dans le temps fait partie de cette perspective sur la santé. Et peut permettre, par exemple, une critique de la médicalisation.

Aline « Mais, [avec l'homéopathie] de voir venir la vieillesse avec sérénité aussi. C'est beaucoup ça. Quand je parle avec mon homéopathe par exemple, de l'ostéoporose et tout, au lieu de voir ça comme une menace pis que ma vie descend tranquillement - tu sais, c'est vraiment ça le topo qu'on reçoit - Bien oui, je vieillis. Oui, j'ai moins d'énergie des fois. Tu sais, je ne suis pas la même qu'il y a 10 ans, c'est évident ! Mais moi, je le vois comme une succession d'époques à vivre le mieux possible, avec sérénité. Et non pas, comme bon ben là, je descend la côte (...) C'est là où l'homéopathie donne un espoir en vieillissant. »

Ève « Ça a allumé des lumières. Ça m'a aidé à comprendre bien des choses pis ça éclaire aussi pour l'avenir, j'ai pas peur de l'avenir. Je me dis : je n'augmenterai pas mes doses [de médicaments] pis si pis ça. J'ai une paix pis aussi la paix que comme j'ai passé la maladie à mon fils, pis mon fils va peut-être la passer à ses enfants, c'est pu la grosse peur de l'hérédité. On va voir ça mieux.

2) L'empowerment en étant reconnues comme participantes compétentes

Si l'*empowerment* signifie trouver un sens de la cohérence, c'est aussi connaître la personne et reconnaître le savoir profane des mères, un savoir riche d'informations.

Le sentiment d'être reconnue

Ce sentiment d'agir sur sa santé vient en partie de la forme particulière de relation qui s'établit avec l'homéopathe avec toute la complexité des gens. Les mères se sentent reconnues. L'homéopathe prend plus de temps pour connaître intimement les gens.

Aline « J'ai l'impression que [mon homéopathe] me connaît beaucoup mieux qu'elle [mon médecin]! Parce que, [mon médecin], ça durait 20 minutes. Donc, elle faisait la mécanique et c'est tout. Alors que mon homéopathe, il prend le temps, il me connaît. »

Caroline « Ben euh... c'est parce que... peut-être à cause de la durée. On était en lien Oui Je sentais qu'elle connaissait très très bien les enfants. Si je posais une question, déjà ça allait vite. Bon ok C'est ça. Déjà il y avait une réponse. »

Denise « Je ne me suis pas non plus censurée, j'ai pas senti le besoin de le faire. (...) Mais donc de sentir le lien de confiance qui s'établit. (...) Si la personne passe une heure de temps avec toi à parler, pis qu'elle fait ça une fois par mois ou au besoin, elle se

souvient de toi, pis elle se souvient de ce que tu as dis la dernière fois. Peut-être elle a besoin d'aller consulter ses notes un peu, mais c'est ça. Elle sait tu es qui. Bon ben il y a ça aussi. Il y a le côté personnel de la consultation homéopathique. Le côté... c'est ça le côté on se connaît on se reconnaît d'une fois à l'autre. Ça aussi ça compte pour beaucoup. Ben, la santé, c'est quelque chose de complexe. (...)

Le sentiment d'être rassurée

La relation est décrite en termes de quelqu'un qui offre une écoute, une compréhension, sans jugement, une disponibilité, du temps et du respect. Le fait qu'on réponde à leurs questions, certaines se sentent aussi rassurées, aussi en l'absence d'un médecin disponible.

Caroline « Quand on consulte, on est toujours fragile, on est émotif, y a toujours beaucoup d'émotions qui passent la dedans pour x raison. Parce que on veut régler le problème. Parce qu'on souffre. On sent que l'autre souffre, quelque chose comme ça. Ben juste de se sentir écouter, ouffffff ça apaise déjà, ça apaise déjà. »

Francine « Pas de médecin de famille, pas de médecin pour les enfants, pas de pédiatre parce que chaque fois que j'ai appelé à des endroits, ils ne prennent même plus de liste d'attente. Donc, bref.... Donc on avait quand même besoin d'être rassuré, de conseils. On a profité quand même beaucoup de l'appeler pour avoir des conseils... Pas seulement homéopathiques mais par rapport aux symptômes qu'avait [notre fille] »

Le sentiment de participer aussi aux décisions

Ce sentiment de prendre action sur sa santé et de participer aux décisions vient aussi de la relation qui s'établit avec l'homéopathe.

Ève « Euh... en homéopathie, on prend part au diagnostic pis on prend part au traitement. Notre opinion est respectée pis on est écoutée. »

Le sentiment de connaître les limites de l'intervention

Ce sentiment d'avoir du pouvoir et du contrôle sur une situation se fait également dans cette relation avec quelqu'un, qui reconnaît ses limites et qui n'exclut pas la médecine [MC] en référant au besoin. Ce qui permet un choix.

Denise « Pis ça été... ce que j'ai aimé de la première rencontre, c'est que l'homéopathe a été très clair sur les... sur sa façon de travailler, pis c'était des objectifs réalistes. C'était... on se donne trois mois pis si en trois mois, il y a rien qui se passe, ben peut-être que c'est pas la bonne chose. Peut-être que je suis pas la bonne personne pour t'aider. Faque ça j'ai vraiment trouvé ça très bien bon il m'avait exposé un peu son expérience dans ce domaine-là précisément. Donc ça aussi c'était important de voir un peu c'est quoi parce que c'est sûr l'homéopathe peut soigner douze millions de choses là, mais moi j'arrivais là vraiment avec un objectif très précis. (...) de dire l'homéopathie, c'est une façon très différente d'approcher la santé, d'approcher le corps humain. Mais qui va pas dire tout le reste ailleurs est pas bon. Qui va te dire ben moi je peux t'aider de cette façon-là pour ça, mais il y a peut-être une autre sorte d'aide que tu es capable d'aller chercher ailleurs aussi. »

Béate « ben on en a déjà parler aussi avec [mon homéopathe] savoir euh...jusque où l'homéopathie va pis jusque où la médecine traditionnelle [MC] embarque. Pis ça, c'a été clairement dit, pis j'avais bien aimé encore son explication. Que oui, l'homéopathie avait aussi... des limites. Pis qu'après ça, il faut retomber. (...) J'me sens bien dans ça, c'est clair, l'explication est claire. J'veux avoir le

choix, c'est évident. Je sais qu'en homéopathie, je peux en parler mettons avec l'homéopathe. Où ça, c'a été définit, c'est clair. (...) »

Le sentiment de la reconnaissance du savoir des mères

Certaines femmes sentent leur compétence et leur savoir de mère prise en compte, et reprennent confiance dans leur instinct maternel et leur capacité à utiliser leur bagage de mère.

Aline « Pis c'que ça donne aussi, j'trouve que ça nous remet en contact avec un instinct, un instinct maternel qui était là, mais qu'on n'ose pas trop faire confiance. Parce que ça, on le sent comme mère. mais on sent qu'y un certain savoir (...) Pis évidemment l'homéopathie aide à...à...à renforcer ce savoir là, à l'actualiser aussi »

Caroline « Très valorisée, ça c'est sûr. Je trouve que ça, ça c'est certain. Valorisée, pis valorisée aussi dans le sens de... de... les observations étaient valorisées aussi, chose qui est pas toujours évidente dans... avec... avec un médecin, si je fais le parallèle. Mais au départ, je pense c'est vraiment de... de... de la crédibilité qu'on a face à un homéopathe, chose qu'on ressent beaucoup moins avec un autre médecin. »

Le sentiment de savoir qui consulter et quand

Si toutes ces femmes ont des raisons précises d'aller consulter en médecine homéopathique, elles sont aussi claires sur les raisons de consulter en MC : pour passer des tests, avoir une chirurgie, une urgence, pour quelque chose de grave, pour la gynécologie. Quand ça prend un instrument (pour voir dans le corps), pour avoir une prescription ou pour avoir un diagnostic.

Aline « C'est plutôt des cas où la médecine traditionnelle [MC] a ses forces. Ben, c'est quand c'est une urgence vraiment d'opération ou de tests parce qu'ils ont la machine. Ils ont tu sais, les tests ».

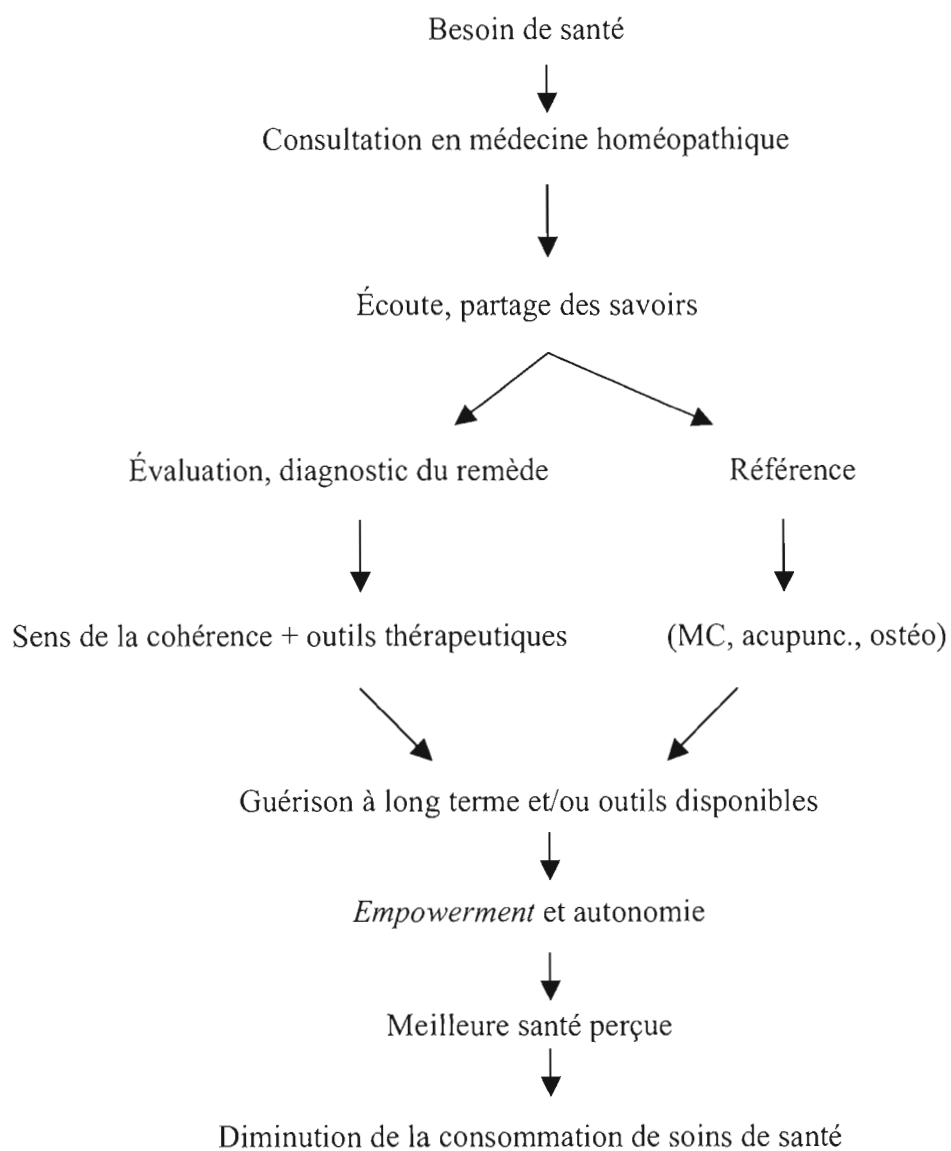
Denise « Ben c'est sûr que mon enfant qui fait de la grosse fièvre pendant trois jours consécutifs pis j'arrive à la baisser un peu, mais qu'elle remonte toujours... À un moment donné, je veux juste aller voir si il y a vraiment quelque chose de... c'est ça. Aller chercher un diagnostic dans le fond, peut-être plus précis que juste ce que moi je suis capable d'interpréter par les symptômes. Donc aller chercher un diagnostic plus précis (...) ».

Hélène « Euh, ben c'est plus pour les bilans de santé de routine. Un peu comme la mécanique sur ton auto, là! (...) Tu vois, t'as les examens gynécologiques. C'est encore du dépistage.»

Francine « Je pense que j'aurais toujours tendance à aller aussi du côté... quelque chose de grave, je sais pas moi euh... j'sais pas moi un cancer, quelque chose de grave pour moi c'est associé quand même à la médecine traditionnelle avec des traitements qui peuvent y avoir de chimio et tout ça. Mais pour moi, ça serait important d'avoir un accompagnement d'une homéopathe même pour ça»

SCHÉMA 4 (Trajectoire des mères :
de la consultation en MC à la consultation homéopathique)

*Description du parcours des mères à travers la consultation homéopathique
et les impacts perçus*



5.3 LES LIMITES DE LA CONSULTATION HOMÉOPATHIQUE

Le modèle de la consultation homéopathique n'est pas sans limites et les mères le précisent avec justesse.

Limite géographique

Elles notent la nécessité de la disponibilité géographique de l'homéopathe. La majorité des homéopathes sont installés dans les grands centres urbains comme Montréal ou Québec ce qui demande aux mères vivant en région de se déplacer.

Francine « J'ai l'impression que ma fille elle en a eu énormément, besoin. Donc, est-ce qu'on va l'appeler l'automne, l'hiver (...) Notre homéopathe est pas à Montréal, donc on ne la voit pas fréquemment. »

Limite dans la facilité d'application de la thérapeutique dans l'auto-traitement

Certaines trouvent difficile de se traiter elles-mêmes, qu'il n'y ait pas de recette en homéopathie, c'est-à-dire pas de remède unique pour chaque trouble. Qu'il soit nécessaire de bien observer pour donner les bonnes informations et pour trouver le bon remède. Elles constatent que l'efficacité est reliée à la bonne information, que c'est complexe et qu'il faut de larges connaissances. Si l'étiologie n'est pas la bonne, ce n'est pas toujours efficace.

Francine « Des fois on se dit: 'O.K. Ça, le rhume qui commence ou le p'tit mal de gorge, c'est quoi déjà là?' ...Ça fait-tu plus mal le matin? Le soir? À droite? À gauche? (...) 'Comme si il y avait un aspect ben, j'pense que ça prend une large connaissance juste avoir les bouquins...que, qu'on consulte pendant les rencontres...' »

Si la difficulté pour l'auto-traitement est notée par une des mères, doit-on y voir une contradiction avec la notion *d'empowerment* ? Peut-être bien est-ce là une limite, malgré le fait qu'elle souligne tout de même son sentiment d'être rassurée, d'avoir réponse à ses questions, surtout en l'absence d'un médecin disponible.

Francine « On a profité quand même beaucoup de l'appeler pour avoir des conseils... Pas seulement homéopathiques mais par rapport aux symptômes qu'avait [notre fille]. (...) Pour [une maladie grave], Mais pour moi, ça serait important d'avoir un accompagnement d'une homéopathe même pour ça ».

Les mères trouvent parfois le traitement ou la posologie flous.

Denise « Ce qui me vient en tête là tout de suite, c'est le flou. Des fois c'est un peu flou, mais c'est normal dans le sens que il n'y a pas nécessairement toujours une réponse précise qui va régler tout de suite le problème ».

Limite dans la possibilité d'intervention de l'homéopathe

L'homéopathie ne règle pas tout évidemment. Les mères continuent à consulter en MC à cause des actes réservés par les médecins et parce que les homéopathes ne font pas de sutures, ne peuvent prescrire des antibiotiques, ne font pas le PAP test ou de bilans sanguins et « ne voient pas dans le corps ». Ils ne peuvent pas non plus signer de congé de maladie.

Hélène « Le médecin, c'est quand tu sens que t'as besoin peut être d'un bilan, même si tu vois un homéopathe, elle ne peut pas t'envoyer faire un bilan. Fait que ça, c'est... »

Isabelle « J'ai un médecin de famille parce que bon pour certaine chose, c'est la place à aller, pour faire un pap test ou je sais pas. »

La plupart des mères semblent trouver le moyen de créer un espace qui permet de consulter les deux formes de médecine. Nous l'avons noté plus tôt, plusieurs études démontrent que le recours à la médecine homéopathique n'exclue pas le fait de consulter en MC (Druss et Rosenheck, 1999; Eisenberg *et al.*, 2001; Goldstein, 2004) et toutes les répondantes avaient été traitées en MC avant de consulter en homéopathie. Elle consulte l'une ou l'autre des médecines pour répondre à des besoins différents.

Limite économique

De plus, puisque ce n'est pas couvert par l'assurance-maladie ou non plus, par certaines assurances privées, il faut payer.

Francine « Donc, c'est sûr que c'est plus facile j pense de se trouver un homéopathe..., sauf qu'il faut avoir de l'argent ou des assurances. C'est ça le problème. Moi, j me dis que les familles qui ont pas d'assurances, qui ont pas d'argent, y'ont pas accès à ça. Ça pas d'sens! C'est pas couvert. C'est pas offert. »

Isabelle « Ben moi je pense que ça devrait être aussi valable de consulter, un homéopathe que si on allait consulter un médecin. Donc, et c'est pas accessible, c'est dommage parce que ceux qui n'ont pas une assurance fournie par un employeur ou quelque chose, peuvent pas nécessairement tout le monde payer 80 \$ pour une rencontre. Hors qui vont voir le médecin, ça leur coûte pas. Et moi, je trouve ça vraiment pas correct. Je trouve que le moyen, tant qu'on va consulter quelqu'un qui est reconnu, qui a une formation reconnue, la personne doit avoir le choix de là où il se sent à l'aise pour se faire traiter. (...)

Je vois pas pourquoi, mêmes les assurances, moi j'ai une assurance, mais comme par hasard l'homéopathie est exclue. La naturopathie est dedans, tout est dedans, mais pas ça. J'ai fait le choix d'aller pis de payer quand même, mais c'est pas tout le monde qui peut le faire. Donc je trouve vraiment inéquitable. Je sais que le collège des médecins, c'est assez corporatiste et très puissant et ça m'énerve parce que je trouve ça... il prive leurs patients d'options et le système de santé prive les personnes d'avoir des options. »

Limite liée à l'absence de reconnaissance de la profession

Par contre, si d'un côté elles peuvent généralement noter un impact social positif comme une plus grande autonomie, la consultation homéopathique peut présenter des difficultés sociales qui peuvent freiner une mère qui choisit ce mode de soin.

Francine « C'est un frein pour une mère car la garderie refuse de donner des remèdes homéopathiques à mon enfants. »

La limite reliée à l'absence de professionnalisation des homéopathes se traduit également par le sentiment d'obligation en lien avec le monopole qu'a acquis l'institution biomédicale. Certaines de ces femmes disent aller voir un médecin de MC parce qu'elles n'ont pas le choix, par peur de perdre leur médecin de famille ou de ne plus en avoir, par exemple, pour avoir une autorisation écrite pour un congé.

Béate « Mais ...j'veux garder contact avec un médecin de famille parce que la...parce que dans notre fonctionnement de société, souvent on a besoin d'avoir (...) Ou du moins je me garde une sécurité en ayant un médecin de famille si y'arrive quelque chose... Pis c'est plus aussi, dans notre société, on a besoin d'un médecin de famille, on a besoin. Tu sais... Par mesure de sécurité, je dirais. Ben sécurité que dans notre société ça prend une autorisation

du médecin si je veux être en arrêt de travail. T'sais... Souci professionnel. »

Avec le développement d'une standardisation des soins, il s'est développé certaines obligations morales comme par exemple, l'examen annuel. Cette conception des soins de santé redéfinit des pratiques culturelles en santé comme étant des produits de consommation (Lupton, 2003). Et qui décide si on est malade ou pas ? Qui permet cet état de santé ou de maladie ? Tout cela ne contribue-t-il pas à une dépendance plutôt qu'à une autonomie ?

5.4 UNE CONTRIBUTION POSSIBLE DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE AU SYSTÈME DE SANTÉ ?

Selon l'expérience et la perspective des mères, la médecine homéopathique pourrait avoir un potentiel, si elle était intégrée, comme solution au système de santé (désengorgement, diminution des coûts, support aux familles), mais a encore mauvaise presse.

Contribution en désengorgeant le système de santé

Certaines mères ont l'impression que d'avoir des homéopathes à l'intérieur du système public de santé pourrait contribuer à réduire son engorgement.

Denise « pis qui par leur contribution désengorgent le système de santé. Mais c'est ça. Ça, on en parle pas. C'est ça aussi, ...oui. »

Hélène « Moi, j'me dis toujours que dans les urgences, il devrait y avoir un homéopathe. Un homéopathe pis un chiro! On sauverait peut être ben des affaires! »

Béate « « Ça enlèverait de l'engorgement... »

Contribution en aidant les familles

D'autres soulignent la contribution des homéopathes dans le soutien aux familles.

Denise « (...) pourquoi pas parler des [homéopathes] qui font un excellent travail, qui aident énormément de gens, des familles, (...) »

Contribution en économisant sur les coûts en santé

Plusieurs mères semblent observer une diminution des coûts dans les soins de santé qu'elles attribuent au fait de consulter en homéopathie. Surtout par rapport à la diminution des visites médicales et du coût des médicaments.

Ève « Pis par la fait que je m'en vais vers la santé qui est peut-être plus coûteuse sur le coup, mais je sais qu'à la longue, j'économise parce que je perds pas des journées de travail pour aller consulter un médecin. Beaucoup moins (de visites chez le médecin). Pis comme ma santé est meilleure, j'aime mieux travailler. »

Denise « Ben peut-être que si... si on offrait des ressources plus variées, qui répondraient à des besoins extrêmement variés, les gens se comportent pas tout de la même façon. Je pense qu'on gagnerait beaucoup à ouvrir parce que au bout du compte je suis certaine que les coûts seraient diminués de cette façon-là. Parce que certainement les gens trouveraient plus facilement une façon de se soigner à long terme pis qu'en bout de ligne, ils reviendraient moins souvent dans le système. C'est ça. Vraiment le système gagnerait beaucoup à ouvrir aux homéopathes, aux naturopathes même, ou ostéo, tout ce qui... que l'éventail soit plus grand. Ben oui, comme ça on réussi, je suis certaine à guérir mieux plus de gens en moins de coûts, mais bon... »

Isabelle « Je regarde ma fille, on aurait été en clinique de verrues pour une consultation. On aurait été en clinique de verrues pour une autre consultation. On aurait fait une intervention chirurgicale en clinique pour les verrues. On aurait eu un suivi par rapport à ça. Il y aurait eu plein de choses finalement. Je suis allée en consultation en homéopathie une fois et un suivi, pis c'était fini. Voilà une différence de coût déjà. (...) faudrait y réfléchir ...»

Béate « Ça nous coûterait probablement moins cher à notre système de santé. (...) T'sais c'est...c'est les médicaments, ça l'a un coût incroyable dans le domaine de la santé. T'sais, les granules que je prends ça me coûte pas cher là! »

Comme nous l'avons souligné, selon le CNAM (Caisse National d'Assurance Maladie, 1991), le fait qu'en France un tiers des médecins utilisent l'homéopathie, réduirait les coût au système de santé de 15%. Cette économie semble être attribuable à la réduction de l'utilisation de tests diagnostiques et au faible coût des remèdes homéopathiques (au moins un tiers de moins qu'un médicament allopathique) (Jacobs, *et al*, 1998).

Contribution peut-être, mais l'homéopathie a encore bien mauvaise presse

Néanmoins, si certaines mères voient dans la présence des homéopathes une contribution possible au système de soins de santé, elles constatent aussi que cette perspective n'est pas celle qui est publiquement présentée.

Francine « J'me dis avec l'homéopathie pis toutes les médecines non-traditionnelles [MNC], ça va prendre du monde fort à la santé publique pour faire passer ce genre de dossier! Parce que c'est tellement décrié, pis ridiculisé euh... surtout l'homéopathie... »

Contribution dans un travail de collaboration

En fait, elles souhaitent un travail de collaboration, le respect des expertises et des limites de chacun, les médecins et les homéopathes. Pour elles, c'est le meilleur des deux mondes !

Aline « Idéalement, moi je pense que si, le collège des médecins était ouvert à intégrer, comme ils le font en Europe d'ailleurs, s'ils pouvaient travailler en collaboration avec. Ça serait extraordinaire. (...) Oui, ou alors que, médecins et homéopathes soient suffisamment en collaboration, qu'il y ait une dynamique qui soit instaurée où il y a une rencontre. On fait une rencontre conférence. « Voici le patient, voici le cas. Moi je pense que c'est ça. Moi je pense que c'est ça. Que dirais-tu qu'on essaie ça et ensuite ça ? » Ça demande de la collaboration, c'est certain. »

Gabie « Je voudrais que la communication se fasse entre les deux. Ça serait l'idéal. Tu vas voir ton médecin, pis il peut te parler de ton homéopathe pis dire... faire un lien entre les deux. Pas les mettre à l'extrême l'une de l'autre. Ils s'entendent pas, la plupart. Me semble que ça commence tranquillement, mais... J'verrais les médecins qui travaillent qui seraient reliés avec eux autres. Autrement dit, qu'ils soient capables de ...de voir que...'Bon, moi, je t'offre ça ou j'peux pas aller plus loin!' 'Écoute, tu pourrais aller voir l'homéopathe.' C'est ça. 'J'pas capable d'aller plus loin mais celui-là, cette personne-là, pourrait t'aider.' Ils ont tous leur place!»

La contribution, imaginée par les mères, de la médecine homéopathique au système public de santé reste encore au Québec un projet absent des réformes en santé. Elle ne pourra d'ailleurs être considérée sans d'abord qu'il y ait une réglementation des

praticiens et praticiennes. Néanmoins, le discours des mères témoigne d'un désir et d'un besoin d'avoir accès à une pluralité de formes de soins de santé.

5.5 DISCUSSION

Nous avons constaté, au fil de notre analyse sur le discours des mères, que notre question de recherche, soit « quel est l'impact médical et social du recours à la consultation homéopathique comme pratique de santé chez les mères ? », ne pouvait trouver de réponse sans poser un regard élargi sur toute la trajectoire suivie par ces femmes ainsi que sur leur histoire de santé. Notre question devait donc être développée davantage. L'approche méthodologique basée sur l'analyse thématique nous a permis de voir, par les données émergeant de la réalité de ces mères, qu'il est nécessaire de jeter un regard global – comme la façon avec laquelle l'homéopathe s'adresse à la personne malade et non seulement à la maladie – c'est-à-dire tenir compte de tout leur parcours, à partir du moment où elles sont au prise avec un besoin de santé, pour elles-mêmes ou pour leurs enfants, jusqu'à sa résolution.

5.5.1 La médecine homéopathique en dehors de l'amalgame avec d'autres thérapies

Un des apports de cette étude, comme il a été souligné au chapitre 2, est de départager trois types de raisons de consulter spécifiquement en médecine homéopathique: les raisons de consulter la première fois, les raisons de continuer à consulter et les raisons de santé pour lesquels les mères consultent. L'une des particularités de notre recherche était également de dépasser l'amalgame habituel entre la médecine homéopathique et les autres MNC ou MAC.

En effet, nos résultats diffèrent sur plusieurs points des études qui amalgament plusieurs thérapies différentes. Premièrement, ce qui ressort d'emblée du discours des mères sur ce qui les a amenées à consulter en homéopathie la première fois pour divers problèmes de santé, c'est qu'elles faisaient face aux limites de la MC à

répondre à leur besoin de santé. Contrairement à ce qu'indiquaient certains auteurs (Astin, 1998; Bakx, 1991; Jonas, 1998; Sharma, 1996) dans leur étude sur les motifs de consultation en MNC, les mères ne consultent pas par curiosité, à cause de leur système de valeurs ou par besoin d'être écoutées, mais pour l'urgence de l'état de santé et le besoin d'être guéries, comme le note Quéniart *et al.* (1990) dans son étude sur le sens du recours aux MNC au Québec. Cette raison semble aussi plus importante dans un premier temps, que le fait de vouloir soigner et se soigner sans les effets secondaires des médicaments allopathiques ou d'être insatisfaites de la relation d'autorité médecin/patient.

Deuxièmement, elles vont consulter un homéopathe après avoir épuisé leurs autres ressources et souvent en désespoir de cause. Elles le font aussi en dépit de l'opinion du médecin ou même des proches, en devant payer de leur poche. Aussi, elles vont consulter en homéopathie en étant souvent un peu méfiantes et seulement parce qu'elles sont référées par quelqu'un en qui elles ont une grande confiance. Le contexte dans lequel ces mères doivent cheminer pour arriver dans le bureau du praticien en homéopathie illustre bien ce que nous avons longuement exposé au chapitre 1, c'est-à-dire l'influence de la situation sociale et politique de la médecine homéopathique, ainsi que la controverse que cette médecine suscite.

Troisièmement, les problèmes de santé pour lesquels elles consultent sont multiples et sont autant de l'ordre des maladies aiguës que chroniques. Si les mères continuent la démarche de consulter un ou une homéopathe pour avoir un suivi à long terme, elles disent le faire parce qu'elles ont eu des expériences positives et qu'elles sont satisfaites de l'amélioration de l'état de santé que le traitement homéopathique a produit. Contrairement à d'autres études, ici, l'efficacité thérapeutique est au cœur du discours des mères et le premier élément à être relevé : elles veulent un soulagement ou une guérison du problème de santé.

5.5.2 Étude simultanée sur l'impact médical et sur l'impact social

Un autre apport important de cette étude est de s'adresser en même temps à l'impact médical et à l'impact social dans un même travail, puisque selon le paradigme holiste de la médecine homéopathique, présenté au chapitre 3, section 3.1, il n'y a pas de distinction entre le soma, la psyché et le social, car l'être humain existe en s'adaptant physiquement, psychologiquement et socialement au monde dans lequel il vit, ce qui définit dans ce paradigme, la notion de santé.

L'analyse des résultats souligne en effet d'abord l'impact médical. L'évaluation subjective des mères sur l'amélioration de l'état de santé démontre un rétablissement substantiel et durable suite à la consultation en homéopathie et au traitement. Si elles constatent une amélioration de l'état de santé, elles reconnaissent aussi l'efficacité de la thérapeutique en constatant les effets des remèdes qui ont été administrés. L'expérience de la consultation en homéopathie engendre aussi une diminution dans la consommation des soins de santé, que ce soit sur la consommation de médicaments allopathiques ou de visites chez le médecin que les mères relient aux résultats à long terme des traitements homéopathiques.

Les mères font également du même coup, le constat d'un impact social en consultant en médecine homéopathique. Le fait de consulter un homéopathe semble leur avoir aussi apporté le sentiment d'avoir un certain pouvoir dans leur vie et sur leur santé. Cet impact social est vécu à travers le type d'expérience qu'est la consultation homéopathique. D'abord, à travers une relation thérapeutique égalitaire et non dans une relation où elles sont infantilisées. C'est plutôt une relation où elles se sentent considérées comme des participantes actives et compétentes, à travers l'information qui est partagée et par le fait de comprendre et d'apprendre, c'est-à-dire le fait de

trouver un sens de la cohérence dans ce qu'elles vivent. Ceci fait ressortir la théorie sur l'*empowerment* que nous avons présentée à la section 3.3.

En effet, ce sentiment d'*empowerment* se retrouve à travers le support qu'elles y ont trouvé pour leur famille, à travers le sentiment de reconnaissance de leur savoir de mère, de parent et de l'importance de leur parole, car elles ont développé des compétences et des savoir-faire de façon pragmatique dont elles ne mesuraient ni la valeur, ni la portée.

5.5.3 Mise en commun de deux savoirs : constructivisme et *empowerment*

La théorie constructiviste soutient que les connaissances se construisent à partir du vécu et valorise l'expérience dans le processus de modification des conceptions. C'est la méthode de recherche appropriée pour prendre en considération l'intérêt de toutes les personnes impliquées et elle s'inscrit dans une visée humanisante de la recherche, fort congruente avec la démarche de la consultation homéopathique.

La contribution de la théorie du constructivisme social féministe nous a permis de comprendre le savoir des mères, que nous avons qualifié de profane pour le différencier de celui des professionnels, le savoir expert, mais ayant une aussi grande valeur à nos yeux. Ici, la construction de ce savoir est de deux ordres. Il est, d'une part, en partie acquis par la compréhension, l'apprentissage dans l'échange avec l'homéopathe et à travers la construction du sens de la cohérence. Les mères ont développé, par cette expérience, une compétence pour agir sur leur santé et sur celle de leur famille. D'autre part, ce savoir profane est aussi en partie inhérent aux mères, puisqu'elles ont déjà un savoir face à la santé qui existe dans la culture des femmes, dans leur vie sociale et dans leurs expériences personnelles. Il est donc question de *mettre en commun ces deux savoirs*. L'un, issu de l'expérience, de l'information, de

l'expertise qu'elles ont d'elles-mêmes ou de leurs enfants que les mères transmettent au praticien, et l'autre, issu des informations que leur transmette l'homéopathe lors de la consultation.

L'*empowerment* est considéré comme un attribut humain appartenant à une conscience rationnelle à l'intérieur du monde social. Le fait de consulter en médecine homéopathique devient une action positive que prennent ces femmes face à leur santé et celle de leur famille. Et on peut donc penser que le sujet agissant est aussi connaissant, premier critère de sa prise de pouvoir.

Nous considérons donc que « l'*empowerment* suppose un double mouvement de conscientisation et d'action par lequel les personnes développent des conditions leur permettant d'agir par elles-mêmes et d'exercer un plus grand contrôle sur des dimensions qu'elles jugent importantes dans leur vie » (Lemay, 2007, p. 170). Ce processus inclut à la fois une conscientisation au regard de sa réalité (la sienne et celles des autres) et une décision concernant l'action à mener et le développement des conditions nécessaires à cette action. Ainsi, la consultation homéopathique semble correspondre à un outil central dans la démarche d'*empowerment* et de capacité d'agir sur sa santé en reconnaissant la valeur unique de l'expérience individuelle des individus face à la santé et à la maladie

5.5.4 Transformation de la notion d' « expert en santé »

On peut se demander si la singularité de la consultation homéopathique peut transformer la notion d' « experts » en santé dans une reconnaissance de cette expérience comme un savoir « d'expert profane » chez les mères qui consultent. S'il semble que nous soyons de plus en plus dépendant d'un système d'experts qui ne peut répondre à tous nos besoins de santé, il semble aussi qu'étant de plus en plus

informés, les individus développent des compétences en reprenant un certain contrôle des experts.

D'ailleurs, donner exclusivement la place à la parole des mères et se servir de leur point de vue comme source de connaissances sur l'impact du recours à la consultation homéopathique nous a permis de faire ressortir cette volonté à fournir des informations, cette compétence à participer à la résolution des problèmes de santé et à prendre part aux décisions.

Cette participation des individus comme sujets actifs sur leur santé, ces expertes profanes, se fait également sentir lorsque les mères s'expriment sur leur perception de la contribution possible des homéopathes au système de santé. Elles ont d'abord toutes une opinion claire sur le sujet. Elles désirent une législation sur la médecine homéopathique et souhaitent cela dans un travail de collaboration, à la fois pour des raisons économiques, comme la diminution des coûts en santé, des raisons organisationnelles, comme le désengorgement du réseau de santé, et des raisons sociales, comme la possibilité d'accès à cette pratique de santé pour tous (égalité des chances) afin de supporter les familles et de mieux répondre à leurs besoins de santé.

Il a été possible d'obtenir des informations sur l'impact médical et social à long terme grâce au fait d'avoir choisi des mères qui consultaient depuis plus de deux ans. Certaines le faisaient depuis même quinze ans. Toutefois, si les mères ont fourni des informations claires sur l'impact médical comme l'amélioration de l'état de santé à long terme et la diminution de la consommation des soins, ainsi que sur l'impact social comme les changements de certains comportements de santé, l'*empowerment*, la capacité d'agir sur sa santé, le sentiment d'avoir un support familial et la reconnaissance de leur savoir de mères, les informations sur l'impact possible de la consultation homéopathique sur la prévention étaient beaucoup moins nettes.

À notre connaissance, cette étude est la première sur la médecine homéopathique, faite en dehors de l'amalgame avec les autres MNC ou MAC, à tenir compte à la fois de l'impact médical et social dans une même recherche. Elle est la seule à tenir compte du discours des mères considérées comme le « caring labor » et à considérer tout le trajet et l'histoire de santé des participantes. Elle est aussi la seule à tenir compte de toute forme de besoins de santé d'une façon indépendante à la maladie spécifique tout en considérant la notion d'efficacité de manière élargie, c'est-à-dire en incluant la compréhension de l'importance de la réponse et de la perception subjective aux traitements de la personne malade sur tous les aspects perçus, dans ses dimensions physiques, émotives, sociales et environnementales.

CONCLUSION

L'importance du recours à la médecine homéopathique comme pratique de santé est significative dans les sociétés occidentales mais cette médecine soulève beaucoup de controverses. Malgré plusieurs tentatives au Québec de la part des gouvernements, aucune réglementation juridique n'a été mise en place et les praticiens en homéopathie ont dû organiser eux-mêmes un encadrement (SPHQ.org) en s'affiliant à la CSN. En plus du nombre de plus en plus important de recherches cliniques et fondamentales dans ce domaine, les chercheurs à travers le monde s'intéressent à la réalité du recours à cette médecine non conventionnelle, à ses utilisateurs et utilisatrices et aux raisons qui les motivent à consulter des homéopathes. Cependant, si on tente d'évaluer l'efficacité de la médecine homéopathique, il sera en général question de l'efficacité thérapeutique selon les critères positivistes de l'EBM. Mais cette position épistémologique limite toutefois la possibilité de tenir compte des principes fondamentaux de l'homéopathie dont seul le respect de ses règles assure un résultat thérapeutique. Certains chercheurs ont donc développé des méthodes qui tiennent compte des systèmes complexes comme l'homéopathie et qui incluent les raisons du fonctionnement d'une intervention, comme par exemple la façon dont les utilisateurs font l'expérience de l'intervention et comment ils donnent un sens à cette expérience.

Ce mémoire avait comme objectif principal de répondre à la question concernant l'impact médical et social à long terme du recours à la consultation en médecine homéopathique comme pratique de santé chez les mères, en adoptant une définition plus complète à nos yeux de l'efficacité, qui tienne compte des aspects physiques, émotifs et sociaux et en donnant la place au discours de ces femmes. Les différents axes de notre sujet comportaient 1) le cheminement qui mène les mères à consulter en médecine homéopathique la première fois, 2) l'impact médical comme l'amélioration

de l'état de santé perçu, 3) l'impact social comme les changements de comportements de santé ainsi qu'une plus grande capacité d'agir sur sa santé et 4) l'exploration de la perception des mères sur les contributions possibles de la médecine homéopathique au système public de santé.

Toutefois, pour répondre à ces questions, certains défis se présentaient à nous. D'abord le fait d'aborder un sujet peu populaire et surtout méconnu par le milieu académique. Le domaine de la médecine homéopathique revêt une importance d'ordre médical, social, culturel, psychologique, législatif et économique et traiter un tel sujet ne pouvait pas être envisagé sans tenir compte des faits historiques et du contexte sociopolitique ainsi que scientifique, qu'il nous a fallu décrire exhaustivement. Le contexte social dans lequel s'inscrit cette médecine participe à l'élaboration de sa signification ainsi que de la portée de sa pratique auprès des gens.

Ensuite, faire le choix d'étudier la médecine homéopathique seule, en dehors de l'amalgame soit des MAC ou des autres MNC, en explorant cette pratique de santé et le profil des utilisatrices à partir de leur propre histoire de santé, nous permettait de mieux saisir la complexité de leur trajectoire et nous a permis d'obtenir des informations qui diffèrent de celles trouvées dans les études qui tiennent compte d'une multitude de thérapies, MNC et MAC confondues. Cette médecine se distingue par son contexte sociohistorique, par la situation de sa professionnalisation, par sa démarche scientifique, par sa thérapeutique, par son type de pratique et par la diversité de ses déterminants.

Aussi, la médecine homéopathique relève d'un paradigme fort différent de la MC en définissant la santé, la maladie, la thérapeutique et la relation thérapeutique d'un point de vue holiste tout en reconnaissant la valeur unique de l'expérience individuelle des individus face à la santé et à la maladie.

La contribution d'une méthodologie qualitative comme l'analyse thématique qui nous permet de considérer les répondantes comme des sujet actifs prenant part à l'activité médicale et l'application du point de vue féministe et du constructivisme social pour supporter l'analyse du récit des femmes, nous a permis de produire des données riches en informations. Des informations variées et nuancées sur le sens de l'impact de la consultation en médecine homéopathique, exprimées par les mères. Neuf entrevues ont suffi à couvrir toutes nos catégories conceptuelles, à vérifier nos hypothèses et à atteindre la saturation pour faire en sorte de pouvoir bien faire émerger toutes les données sur la réalité de l'expérience de ces femmes.

Nos résultats démontrent que les mères consultent la première fois pour une variété de problèmes de santé, suite à un besoin de santé non répondu par la MC et en n'ayant pas de biais positif envers cette médecine au départ. Elles continuent de consulter essentiellement suite à une expérience positive liée à l'efficacité thérapeutique perçue du traitement homéopathique et qui demeure la première raison d'avoir recours à un ou une homéopathe.

Nos résultats indiquent aussi que le recours à la consultation en médecine homéopathique peut avoir un impact médical et social sur les mères. Un impact médical, en apportant une amélioration de l'état de santé et par la diminution dans la consommation des soins, ce qui démontre une efficacité thérapeutique. Un impact social, par des changements de comportements de santé, un support familial et un sentiment de pouvoir sur sa santé et celle de la famille, ce qui démontre une efficacité globale. Et nous pouvons avancer que c'est essentiellement grâce au caractère singulier de la consultation homéopathique elle-même, qui prend en compte toutes les dimensions de l'individu, dans une relation qui se veut égalitaire, que ces impacts sont possibles. Et cette relation n'est pas indépendante du contexte social. Le point de départ d'un changement social est une nouvelle forme de pratique qui redirige les

patients vers une action. La solution aux problèmes de la relation, comme le disait Foucault, réside dans des sujets qui agissent (Fisher, 1991).

Ainsi, l'expérience de la consultation en homéopathie permet un certain *empowerment*, une prise sur le monde qui est déterminée, outre par la résolution concrète du besoin de santé par la thérapeutique appropriée, par la participation aux décisions, le sens de la cohérence en comprenant le problème de santé dans son contexte global, le support apporté aux familles, le développement d'outils pour soigner certains problèmes de santé, la possibilité de réagir à la médicalisation de plus en plus importante dans notre société et la reconnaissance d'un savoir profane expert qui encourage à prendre action, en permettant justement une certaine autonomie vis-à-vis sa santé. Cela semble possible par la mise en commun de deux savoirs partagés pendant la consultation : celui des mères et celui de l'homéopathe.

Le paradigme holiste dont relève la médecine homéopathique semble faire en sorte d'aborder de façon différente le vivant, ainsi que la santé, la maladie et les soins de santé. Ce paradigme influence également la façon dont l'homéopathe s'adresse à la personne qui consulte en l'envisageant comme un sujet actif, savant et compétant, ce qui contribue à transformer les notions de « consultation » et d' « expert » en santé.

Grâce à la prise en compte du point de vue des mères comme source principale de connaissances sur l'impact du recours à la consultation homéopathique, c'est-à-dire sur son efficacité dans une perspective qui tienne compte de la perception subjective aux traitements de la personne sur tous les aspects perçus, nous pouvons dire que ce type de consultation pourrait constituer un outil de prévention en donnant des moyens pour prendre soin de sa santé, en habilitant les gens et en reconnaissant une culture médicale profane.

Cette étude exploratoire nous a permis de démontrer également l'existence d'une pluralité des pratiques de santé résultant non pas d'une démarche binaire et exclusive, c'est-à-dire de la MC « ou » de la MNC, mais bien d'une logique complémentaire du « et ». Les MNC, dont la médecine homéopathique, sont souvent présentées comme un risque et comme un service de santé qui ralentit et empêche même l'accès aux services de soins conventionnels. Les données de notre recherche démentent cette vision car les mères qui choisissent de consulter en médecine homéopathique n'excluent pas de consulter en MC et reconnaissent les limites de l'homéopathie : elles consultent les deux médecines pour des besoins différents. Il faut noter aussi que les mères ont recours à la consultation auprès d'un ou d'une homéopathe malgré la position des médecins de MC et des autorités qui n'encouragent pas une telle démarche entreprise par des femmes qui choisissent de « faire autrement » pour prendre soin de la santé de leur famille. Car, si certains prétendent à un affaiblissement de l'hégémonie de la MC, malgré une certaine pluralisation de fournisseurs légitimes de soins de santé et une restructuration de l'expertise, la MC reste dominante (Carricaburu et Ménoret, 2004; Stevenson *et al.*, 2003).

À la lumière de ces résultats, on est porté à croire que le « savoir profane » peut représenter un défi pour l'objectivité du « savoir expert » de la MC en contestant l'impartialité de ce dernier vis-à-vis d'autres formes de savoir en santé. Ce savoir profane peut représenter un défi à l'autorité des professionnels qui déterminent la façon dont les problèmes sont définis dans l'arène politique. Ainsi, le « savoir de l'expert profane » sur la santé va au-delà des affections individuelles et développe une voix publique qui pourrait peut-être fournir de base à une action collective pour des changements de politiques de santé.

Nos résultats indiquent que le recours à la consultation en médecine homéopathique pourrait jouer un rôle bénéfique sur la santé à long terme, sur le développement d'une certaine autonomie vis-à-vis sa santé et pourrait représenter une solution innovatrice

pour les besoins de la population dans le système public de santé. Prendre en compte l'expérience des mères et leur donner la parole nous a démontré l'importance de leur désir d'avoir accès à une pluralité de formes de soins de santé.

LES LIMITES DE CETTE RECHERCHE

La première limite à souligner dans notre recherche est peut-être la taille de notre échantillonnage. En effet, même si nous avons atteint notre seuil de saturation, notre recherche aurait peut-être gagné en richesse d'information et en validité en ayant un nombre plus important d'entrevues. Étant donné l'importance accordée à la singularité, la relative indétermination et la complexité du phénomène vécu par ces femmes, les résultats de cette recherche ne peuvent être généralisés à l'ensemble des mères qui consultent en homéopathie.

On pourrait nous reprocher d'avoir choisi des sujets qui, parce qu'elles consultent depuis au moins deux ans, ont forcément un biais favorable à la médecine homéopathique et sont forcément satisfaites. Nous n'avions aussi que des femmes qui avaient consulté en homéopathie seulement après avoir eu des traitements en MC, des traitements qui, selon elles, étaient inefficaces. Comme nous le mentionnons plus tôt, le but de notre recherche n'était pas de présenter une analyse critique sur l'expérience positive ou négative de cette forme de soins ou à étudier la satisfaction. Mais nous cherchions spécifiquement à explorer le contenu et les conséquences de l'expérience de ces mères de la consultation en médecine homéopathique, tout en améliorant nos connaissances sur leurs motivations et les raisons qui les ont amenées à consulter la première fois et à adopter cette pratique de santé par la suite.

Est-ce qu'un groupe de comparaison composé de mères n'ayant pas eu de traitements préalables en MC aurait changé les résultats ? D'autres études, nous l'espérons, permettront de trouver des réponses à cette question.

Nous n'avons pas obtenu de données claires sur l'impact possible de la consultation homéopathique sur la prévention et il serait utile pour la santé publique, de se pencher davantage sur cette question.

Aussi, dans le cadre du recrutement, les mères ont été contactées par leur homéopathe. Il est possible que les réponses et perceptions aient pu être biaisées par cet élément bien qu'elles aient été averties de la totale confidentialité de leurs entretiens.

Enfin, il existe un réel scepticisme face à cette pratique de santé. Or, bien que cette attitude s'explique à la fois par les données sociohistoriques sur la reconnaissance des professions dans le champ de la santé et l'hégémonie de la MC restreignant la concurrence, il y aurait lieu de se demander quels autres facteurs limitent la médecine homéopathique, à se faire une place et à obtenir une plus grande légitimité.

LES RETOMBÉES POSSIBLES DE CETTE RECHERCHE ET QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION

Les retombées d'une telle recherche peuvent être multiples. En plus de nous informer sur les divers aspects qui influencent l'amélioration de l'état de santé suite à la consultation homéopathique, cette recherche peut nous permettre de comprendre davantage l'impact à long terme de cette pratique de santé. Certains pays comme la Grande Bretagne instaurent des programmes de santé publique pour habiliter (empower) les patients (Taylor et Bury, 2007). Considérer l'apport du recours à la consultation homéopathique pourrait représenter une piste de réflexion. Cette

recherche peut également contribuer au développement de recherches futures sur des modèles de consultation en santé, qui préconiseraient l'*empowerment* où tous pourraient accéder à un espace permettant à chacun de se doter d'un égal pouvoir d'agir sur sa santé.

Une telle recherche sur l'efficacité pourrait aussi participer au développement d'un discours scientifique sur la médecine homéopathique en nous donnant accès à des données qui s'ajoutent à celles qui existent déjà tout en développant des outils pour des nouvelles stratégies de recherche qui soient sensibles au paradigme de cette médecine. La prise en compte du discours des utilisatrices peut informer à la fois la population, le milieu scientifique et l'État afin de nourrir le débat sur la réforme du système de santé notamment en ce qui concerne l'intégration des MNC. Mettre en lumière la capacité d'intervention des praticiens en médecine homéopathique et la possibilité de rendre la médecine homéopathique accessible à tous, pourrait en partie répondre aux besoins de soins de santé non répondus en MC en offrant d'autres modèles explicatifs qui ne soient pas essentiellement fondées sur le rétablissement d'une fonction endommagée.

Cette recherche révèle également qu'une étude longitudinale permettrait de vérifier davantage l'influence de la consultation homéopathique sur les changements de comportements de santé possibles, un des objectifs recherchés par les programmes de promotion de la santé.

L'impact médical et social que semble avoir la consultation homéopathique sur les utilisatrices, dévoilé par cette recherche, nous permet de penser que cette pratique de santé pourrait devenir une solution économique pour le système de santé. Cela semble en partie répondre au plan que désirait promouvoir le Forum National sur la Santé de 1997 qui soulignait notamment le besoin de plus de données probantes afin d'aider la prise de décision, une meilleure continuité dans les soins de santé, des soins

concrètement centrés sur les patients, plus d'importance sur la prévention et une véritable forme de soins de santé intégrés. Cette recherche pourrait faire valoir l'utilité d'investir sur des recherches en homéopathie au Québec, afin d'étudier l'impact socio-économique du recours à la consultation homéopathique et justifier son financement et son développement institutionnel.

Nous croyons, enfin, que le recours à ce type de consultation peut répondre aux besoins d'une politique de santé qui prône aussi la prise en charge et l'autonomie des individus afin de réduire la pression sur le système de santé.

Faire davantage de recherches qui tiennent compte d'une perspective élargie de la notion d'efficacité, qui tiennent compte de différents paradigmes en médecine, pourrait ajouter des informations sur la façon, autres que par les critères de l'EBM, d'évaluer une telle pratique de santé mais aussi de toutes les pratiques de santé, même conventionnelles. L'application correcte des méthodes d'évaluation existantes, souvent insatisfaisantes, est une tâche difficile de la recherche médicale, qu'il s'agisse de MC ou de MNC.

Nous croyons qu'il serait plus que souhaitable de poursuivre les recherches dans ce domaine afin d'élargir les connaissances sur la consultation en médecine homéopathique et ses impacts sur la santé dans toutes ses dimensions, ainsi que sur la nécessité de faire entendre la voix de ceux qui en ont tenté l'expérience.

« Le soignant est un passeur culturel, tandis que l'individu qui va de soin en soin ne pratique pas seulement une quête thérapeutique : il est un pèlerin culturel, qui apprend en chemin des codes nouveaux. Modeste acteur des innovations, il s'approprie les fragments des mondes autres qui sont les matériaux d'un monde nouveau qu'il édifie par sa recherche tâtonnante du mieux-être. » (Benoist, 1996, p. 21)

ANNEXE A

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE SUR LA SITUATION SOCIOPOLITIQUE DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE ET DES HOMÉOPATHES

A.1 LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LE MONDE

Il y a trois types de systèmes de santé: des « *systèmes exclusifs* », des « *systèmes tolérants* » et des « *systèmes intégrés* ». Les « *systèmes exclusifs* » comme le modèle français, américain et canadien se définissent par une centralisation du contrôle de l'État (Cant, 1999). À l'intérieur de ces systèmes, il existe une hégémonie bien établie de la MC qui a réussi à exclure tout concurrent non médecin du réseau public de la santé, même si dans certains pays des médecins peuvent inclure dans leur pratique biomédicale des soins homéopathiques. En France, les médicaments homéopathiques font encore l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale au titre de prescriptions médicales mais tendent à perdre du terrain (Lannoye, 2002). Cette attitude en matière de soins de santé considère que seuls les médecins peuvent pratiquer les soins de santé, soigner les malades, (exception faite pour certaines professions auxquelles il est permis de pratiquer des actes médicaux ou paramédicaux déterminés, comme pour les infirmières). Mais l'existence de fait d'une pratique médicale non conventionnelle dans ces mêmes pays, soit par des médecins ou des non-médecins, de même que la demande croissante émanant des patients, a parfois entraîné une certaine tolérance.

Il y a ensuite des « *systèmes de santé tolérants* ». La situation en Europe semble évoluer dans ce sens. En mai 1997, le Parlement Européen avait adopté une Résolution ⁵² qui avait comme objectif de mettre en place une législation européenne

⁵² Cette résolution demandait la mise en place d'un processus de reconnaissance des médecines non conventionnelles et prévoyait l'organisation d'études de niveau universitaire pour chacune des disciplines, la mise sur pied de programmes de recherche et d'évaluation

accordant un statut légal aux disciplines médicales non conventionnelles. Le Parlement Européen s'était ainsi prononcé en faveur d'un pluralisme médical après avoir constaté qu'une partie importante de la population européenne avait recours aux MNC dont la médecine homéopathique et que déjà des législations favorables à l'exercice de ces médecines existaient dans différents pays européens et ailleurs aussi (Danemark, Suède, Finlande, Pays-Bas, Irlande, Allemagne, Royaume-Uni, Belgique, Pakistan, Sri Lanka, Mexique) (Fournier *et al.*, 2002; Lannoye, 2002; Poitevin, 1999; Winston, 1999). Ainsi, la Belgique a adopté en 1999 une nouvelle législation, largement inspirée du rapport du Parlement Européen, qui s'avère être aujourd'hui la plus ouverte aux MNC en Europe, reconnaissant et réglementant les domaines de la médecine homéopathique, de l'acupuncture, de l'ostéopathie et de la chiropraxie.

Au Royaume-Uni⁵³ on retrouve cinq hôpitaux homéopathiques⁵⁴, ainsi que trois cent cinquante centres de santé utilisant la médecine homéopathique⁵⁵ et des bourses et

scientifique, ainsi qu'une réglementation adaptée pour les produits pharmaceutiques et d'herboristerie des MNC. En novembre 1999, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a voté à son tour une résolution qui reprenait essentiellement les mêmes demandes. Aujourd'hui, le processus de reconnaissance se met encore lentement en place.

⁵³ Effectivement, le NHS (National Health Service) a intégré les MNC et leurs praticiens non-médecins au système de santé. La médecine homéopathique, par exemple, est disponible depuis la création du « Health Service » en 1948. Le gouvernement distribue aussi aux « primary care groups » une documentation sur la définition des MNC et sur leur application dans la pratique quotidienne et s'assure que la population y ait accès de façon égalitaire : *Complementary medicine. Information pack for primary care groups*, Department of Health, www.doh.gov.uk et www.trusthomeopathy.org/

⁵⁴ Le Bristol Homeopathic Hospital Cotham Hill, le Glasgow Homoeopathic Hospital, le Tunbridge Wells Homoeopathic Hospital, le Department of Homoeopathic Medicine à Liverpool, le Royal London Homoeopathic Hospital. L'homéopathie y est utilisée à la fois pour les maladies chroniques (soins palliatifs, cancers, sclérose en plaques, etc), et pour les maladies aiguës (maladies infectieuses, gripes, otites).

⁵⁵ Les Healthy Living Centers. Ces centres, basés sur une approche nouvelle et positive de la santé en visant la confiance en soi, le respect de soi, l'auto-suffisance et le

des fonds de recherche spécifiques pour l'homéopathie (Fournier *et al.*, 2002). Ce modèle de *système tolérant* en matière de soins de santé considère que toute personne qui le souhaite peut pratiquer les soins de santé mais certains actes sont strictement réservés aux médecins de MC qui, en outre, détiennent l'autorité et sont la référence en matière d'organisation des soins et de politique de santé (Lannoye, 2002). Mais même s'il existe une prise de position politique du Parlement Européen à l'effet d'une mise en place d'un processus de reconnaissance des MNC, il existe toujours une législation différente, variable selon les pays. Il est aussi étrange de voir qu'une législation spécifique existe depuis 1992 pour les médicaments homéopathiques alors que la médecine homéopathique n'est pas reconnue comme discipline médicale à part entière.

Et finalement, il y a des « *systèmes intégrés* » comme en Inde. L'Inde, où l'homéopathie est reconnue juridiquement et intégrée au système de santé depuis 1973, compte aujourd'hui environ cent cinquante milles homéopathes, deux cent soixante-treize hôpitaux homéopathiques, huit milles huit cent cinquante-six dispensaires homéopathiques, et le gouvernement finance la recherche (Fournier *et al.*, 2002; Popowski, 2004). La Chine et les pays en voie de développement optent fréquemment pour des *systèmes intégrés* où il n'y a pas de monopole de la biomédecine et où les autres pratiques de santé coexistent. Aussi, des pays comme le Chili (depuis la fin du XIXème siècle), le Nigéria (depuis 1961), la Roumanie (depuis 1969), le Brésil (depuis 1979), Cuba (depuis 1992) ont intégré la médecine homéopathique à leur système de santé (Bornhöft, 2006; ECCH, 2006).

développement des habilités personnelles, offrent à une population principalement défavorisée, toute une gamme de services dont la médecine homéopathique. www.dh.gov.uk

A.2 LA SITUATION DE LA PROFESSIONNALISATION DE LA MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE

La situation de la professionnalisation des homéopathes et de la médecine homéopathique permet encore une fois de présenter le contexte dans lequel les praticiens pratiquent et à l'intérieur duquel la population doit se positionner pour faire le choix de consulter un homéopathe. La longue lutte pour la reconnaissance de cette pratique de santé a eu une influence sur la perception qu'a le public de sa légitimité et sur l'accès à ce type de soin. Ne pas permettre la professionnalisation et ne pas réglementer veut dire ne pas protéger le public et tolérer que n'importe qui fasse n'importe quoi. Ceci fait aussi en sorte de laisser la responsabilité aux associations professionnelles – mais non reconnues officiellement - de remplir cette fonction morale de protection de la population.

Il existe des conditions reconnues historiquement comme participant à la reconnaissance sociale et légale d'une profession médicale. Elles reposent sur trois dimensions (Coulter, 1973; Fournier 1998; Kaufman, 1971; Rothstein, 1972; Robitaille, 1992; Shortt, 1983), soit :

- 1) « l'importance quantitative et qualitative des institutions (écoles, bibliothèques, organisations) servant de cadre à cette pratique (...) »,
- 2) « la correspondance entre les valeurs véhiculées (à travers son discours idéologique) par cette pratique et l'ensemble des valeurs socialement admises (valeur extrinsèque) (concepts et production littéraire) dans un contexte culturel donné (...) »,
- 3) « la reconnaissance de la valeur intrinsèque de la pratique par la société (où l'efficacité de la pratique doit se montrer supérieure au compétiteur ou à l'automédication), c'est-à-dire la preuve de son efficacité thérapeutique qui fait valoir l'utilité socio-économique d'une pratique et justifie son développement institutionnel » (Fournier, 1998).

Ainsi, la professionnalisation de la MC s'est faite *avant* ses avancées scientifiques et *malgré* le fait que sa pratique ait été basée sur des interventions perçues aujourd'hui comme douteuses quant à son efficacité et souvent dangereuses. Comme nous l'avons souligné, cette reconnaissance a plutôt été possible grâce à une alliance politique avec l'État (Coulter, 1973, 1982; Robitaille, 1992; Fournier *et al.*, 2002; Saks, 2001, 2003). La légitimité d'une profession ne dépend donc pas nécessairement de l'expertise objective d'un groupe mais bien de la perception de l'importance des fondements de son savoir dans la société. Cette légitimité peut-être présentée comme étant en lien avec les stratégies utilisées par un groupe pour réguler et monopoliser les conditions du marché en leur faveur. Elle est aussi en lien avec la position privilégiée d'une profession en termes de revenus, de statut et de pouvoir et doit être considérée comme provenant de la régulation d'un marché légalisé et centré sur l'accréditation, en restreignant l'accès à un groupe limité d'acteurs éligibles (Collins, 1990; Kelner, 2006; Saks, 2003).

Dans ce cadre, les professions sont définies comme des occupations ayant un monopole légal avec des privilèges sociaux et économiques sur le marché. En plus de souligner la position privilégiée des professions, cette vision de la professionnalisation permet d'analyser les tendances dans les soins de santé, du point de vue des politiques publiques. Selon Contandriopoulos (1994, p.11), « Le triomphe de la [MC] a comme corollaire la domination de la logique professionnelle dans la régulation du système de santé ». Pour certains, la médecine constitue un cas privilégié permettant de mieux cerner le concept de « profession » et d'étudier le rôle du savoir dans les sociétés modernes ainsi que l'autorité spécifique qui y est liée. La médecine demeure aujourd'hui le cas paradigmatique sur lequel s'est construite l'analyse des diverses formes de l'expertise et la sociologie des professions (Freidson, 1970). Le paradigme est l'équivalent d'un langage ou d'une culture : il détermine les questions qui peuvent être posées et celles qui sont exclues, le pensable et

l'impensable (Bourdieu, 2001). En d'autres termes, il y a des savoirs mieux cotés que d'autres dans la métaphore du marché de la santé où règne ce rapport de forces.

En effet, dans le champ social de la santé, on trouvera « une lutte entre le nouvel entrant qui essaie de faire sauter les verrous du droit d'entrée et le dominant qui essaie de défendre le monopole et d'exclure la concurrence » (Bourdieu, 1984, pp. 82 et 113). Or, plus les MNC ont la faveur du public et répondent à des besoins de santé, plus elles semblent se heurter au monopole médical exclusif à la MC, qui, dans son organisation professionnelle, a tenté d'éliminer toute compétition (Saks, 2003).

La reconnaissance professionnelle des MNC en général et de la médecine homéopathique en particulier est un sujet qui a été abordé largement par des sociologues dont les britanniques Saks (1995, 1998, 2000, 2001 2003, 2006), Cant et Sharma (1996, 1999). Au Canada, des auteurs comme Kelner et Wellman (2003, 2004) ont abordé cette question et au Québec, Martel (1992), Robitaille (1992) et Fournier (1995, 1998, 1999, 2002) se sont beaucoup penchés sur l'histoire et la situation sociopolitique de la médecine homéopathique ainsi que sur le problème de sa professionnalisation.

Jusqu'à la standardisation du système de Licences Médicales au début du XX^{ème} siècle, la pratique des MNC comme la médecine homéopathique se faisait au même titre que les médecins, chirurgiens et apothicaires, les prédécesseurs de la profession médicale d'aujourd'hui. La création d'un monopole biomédical national qui fournissait à la fois la protection du titre, la définition des actes réservés et l'auto gouvernance des standards de soins et d'éducation utilisant un seul registre contrôlé par les médecins eux-mêmes, a créé pour la première fois dans l'histoire une communauté de MNC incluant des praticiens compétiteurs. Dans certains pays, dépendant des lois en vigueur, ces praticiens gardèrent un certain droit de pratique. Tel est le cas, par exemple, sous le « Common law », mais avec des restrictions

précises quant à la pratique incluse dans la sphère de la MC (Saks, 2004). Saunders (2003) note cinq questions retenues par les législateurs : 1) Est-ce que la profession peut nuire au public ? 2) est-ce que la profession peut s'auto-réglementer ? 3) Est-elle stable ? 4) Est-elle cohésive ? et 5) Est-ce que le traitement sera prescrit et prodigué sans conflit d'intérêt ? Aussi, on peut souligner que dans certains pays, comme en Australie, c'est l'étendue de l'usage d'une pratique qui en établit le processus de réglementation car c'est son utilisation par la population qui conduira à sa reconnaissance juridique (Saunders, 2003). Selon Saks (2002) un statut professionnel implique qu'un groupe détient le savoir et l'expertise requis ainsi que la juridiction ou le contrôle exclusif du contenu de son travail et des conditions dans lesquelles ses membres pratiquent, indépendamment de l'efficacité de sa thérapeutique. Aussi, pour garantir son autonomie et gagner du contrôle, cette occupation doit être légitimée à la fois par le public et par le gouvernement (Welsh *et al.*, 2004).

De nos jours, les praticiens de MNC continuent de lutter pour obtenir une reconnaissance professionnelle grâce à une régulation statutaire. Il pourrait y avoir la fixation d'un cadre clair pour les MNC mais la logique induite par le système actuel et la notion "d'exercice illégal de la médecine" semble tendre à écarter toute personne qui s'aventurerait à formuler de nouvelles hypothèses de recherche dans le domaine de la santé, notamment dans le domaine des MNC. Seules celles qui peuvent démontrer leur efficacité par la méthodologie issue des critères de la MC (comme l'evidence base medicine (EBM) que nous verrons plus loin) pourront espérer gagner un statut professionnel (Brooks, 2004). On peut noter actuellement trois stratégies utilisées par les praticiens des MNC pour la professionnalisation, basées sur la façon dont le savoir est organisé et transmis. Ces stratégies incluent l'amélioration des standards d'éducation et de pratique, l'implication dans des recherches avec révision par les pairs et le renforcement de la cohésion entre les membres (Welsh, 2004).

A.2.1 Au Québec

Il y a aussi eu au Québec des campagnes menées par les associations médicales à la fin du XVIII^{ème} siècle jusqu'à la loi médicale de 1847 créant le Collège des médecins et qui statuait l'exclusivité de la pratique de la médecine aux membres de ce groupe et permettait de maîtriser la concurrence. La MC devenait « en position de contrôler les autres producteurs de soins, sans être, en retour, sujette à aucun contrôle, compte tenu de la reconnaissance de l'autonomie du Collège des médecins » (Dussault, 1985, p. 608). Aujourd'hui, la Loi médicale québécoise est telle qu'elle réserve tous les actes qui ont trait au traitement et à la prévention aux médecins. L'article 31 de la Loi médicale (L.R.Q., 1994, chapitre M-9) dit que « Constitue l'exercice de la médecine tout acte qui a pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience de la santé d'un être humain ». L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements, la radiothérapie, la pratiques des accouchements, l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections. Selon cet article 31, seul le médecin peut, dans l'exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir les maladies et promouvoir les moyens favorisant une bonne santé (Fournier *et al.*, 2002, p. 28).

Le rôle joué par le Collège des médecins du Québec dans l'évolution du contrôle de la pratique médicale a été essentiel à cette professionnalisation dans la première moitié du XIX^e siècle et à la monopolisation des soins à la fin du XIX^e siècle, au moment où la profession médicale profite de « conditions épistémologiques et sociales propices au renforcement de ses privilèges auprès de l'État, en matière de contrôle des actes médicaux » (Goulet, 2004, p.39). Le Collège des médecins interviendra alors de façon radicale, par l'exclusion de tous ceux qui ne sont pas

membres. Ainsi la monopolisation des soins et la standardisation de la pratique médicale seront dorénavant sécurisées.

Mais il est nécessaire d'ajouter que si les homéopathes souhaitent la réglementation, la professionnalisation et l'intégration de leur pratique au système de santé public, ils sont par contre fortement opposés à leur subordination à la MC. Comme le mot l'indique, il y a dans la question de l'intégration, l'idée d'un processus de création d'un espace commun ou d'une zone d'échanges entre des parties, dans un ensemble plus large et de façon égalitaire dans la société, et ce, « accompagné d'une volonté de préserver la liberté des acteurs et le potentiel d'innovation qui peut en découler » (Contandriopoulos, 2003, p.4). Cette interdépendance faite de l'autonomie des praticiens suppose que chacun « détient les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes [...]. La coopération des acteurs [et non la concurrence] est donc au centre de la problématique de l'intégration » (*Ibidem*).

Certains sociologues (Saks, 1998) soulignent les dangers de l'intégration professionnelle des MNC dont la médecine homéopathique. Ils mettent en garde les praticiens des MNC contre les risques de récupération par la MC, comme le fait d'incorporer des modalités des MNC dans leur pratique sans tenir compte des philosophies et des principes sous-jacents. Ils craignent également la subordination des MNC comme c'est le cas pour certains praticiens qui, dans cette quête pour une reconnaissance professionnelle, se sont liés au modèle biomédical positiviste en abandonnant en partie la philosophie holiste (Saks, 1998). On peut donner comme exemple le cas de l'acupuncture, qui a été utilisée dans les milieux conventionnels principalement comme un analgésique, sous-tendant la théorie neurophysiologique biomédicale, étant ainsi extraite de ses racines traditionnelles chinoises (Saks, 1995). En médecine homéopathique, le fait de cantonner les recherches cliniques sur des

maladies particulières (la recherche d'un remède « x » pour une maladie « y ») et non sur les malades dans leur globalité fait aussi en sorte que ce qui définit fondamentalement l'homéopathie – loi des semblables, individualisation, dynamisation – est dénaturé (Saks, 2003, Taillefer et Fournier, 2009).

A.3 LES OBSTACLES RENCONTRÉS POUR LA RECHERCHE EN MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE

A.3.1 L'Evidence-based medicine (EBM) et les limites des essais contrôlés randomisés (ECR)

La médecine homéopathique a un système théorique cohérent qui possède des principes stricts dont seul le respect de ces règles assure un succès thérapeutique. Manifestement, il est impossible de séparer les trois principes fondateurs de l'homéopathie (similitude, infinitésimalité/dynamisation et individualisation) qui s'expliquent mutuellement. Et c'est seulement à partir de ce raisonnement que les modèles expérimentaux peuvent être créés et interprétés (Foladori, 2005; Taillefer, 2008; Veal, 2004). Voilà sans doute la cause première de l'échec des recherches qui sont menées par des gens qui ne tiennent pas compte de ces principes et ces lois ou qui négligent de les respecter. Appliquer le principe d'individualisation veut dire qu'on ne peut pas donner le même remède à un groupe de personnes souffrant d'une même affection puisque la manifestation des signes, symptômes et modalités de cette affection sera différente chez chacun des sujets.

Ainsi, à l'intérieur du modèle positiviste d'évaluation de l'efficacité, la recherche en homéopathie sera sans cesse remise en cause. Les tenants de la MC pointent du doigt le trop faible nombre d'études démontrant son efficacité à partir des outils employés en recherche biomédicale. En effet, un des obstacles à la reconnaissance scientifique

des MNC est le développement du mouvement pour l'evidence-based medicine⁵⁶ (EBM) qui applique systématiquement la méthode scientifique ou expérimentale, à la pratique médicale et considère que cette évidence est la meilleure pour prendre des décisions cliniques à propos des soins donnés aux individus. Les promoteurs de l'EBM cherchent à établir une épistémologie unique comme principal arbitre de toute connaissance médicale (Saks, 1998). L'EBM, un concept élaboré au début des années 1990, est basée sur une théorie qui fonctionne à l'intérieur de son propre paradigme, celui de la biologie moléculaire ayant une perspective essentiellement positiviste (Bensing, 2000) et basée sur une hiérarchie de méthodes (Walach, *et al*, 2006). L'EBM est représentée par les essais contrôlés randomisés (ECR)⁵⁷ maintenant la règle d'or en recherche médicale pour l'évaluation d'un nouveau médicament (Fondation Robert Bosch, 2006; Lewith et Aldridge, 1993; Patel, 1987; Rôggia, 2000; Schwartz, 1986), fondée sur le modèle pharmacologique de la thérapie, et pour tester les interventions cliniques car ils offriraient le plus de validité interne en éliminant tout biais.

Il existe maintenant un certain mouvement de résistance à l'EBM, notamment en sciences sociales et en santé publique, au sujet de la validité et de l'apport des recherches qualitatives (Verhoef, 2002). Il existe aussi une certaine controverse liée au fait qu'il est possible que les ECR ne soient pas toujours un outil adapté et peuvent même donner des résultats moins fiables qu'une étude basée sur l'observation

⁵⁶ Evidence-based medicine ou « la médecine basée sur la preuve » mais la traduction donnée par le mouvement lui-même est « médecine basée sur des données probantes », ce qui semble être une auto légitimation. En effet, en choisissant « données probantes » au lieu de « preuves », on souligne le caractère indéniable et péremptoire de ces « données ».

⁵⁷ Un essai contrôlé randomisé (ECR) est une étude expérimentale dans laquelle les chercheurs répartissent de manière aléatoire les sujets admissibles (ou autres champs d'étude, par exemple, cliniques) en groupes qui feront ou non l'objet d'une ou de plusieurs interventions et qui seront comparés.

(Grossman et Mackenzie, 2005). Toutefois, les recherches qui répondent aux critères de l'EBM sont plus susceptibles que les autres d'être reconnues et financées dans le champ scientifique médical et d'être considérées comme appropriées par les décideurs du système de santé pour admettre une pratique de santé comme l'homéopathie (Bell et Koithan, 2006; Broom et Tovey, 2007; Fisher *et al.*, 2006; Foladori, 2005; Giacomini, 2001; Saks, 2003; Verhoef et Findlay, 2003; Verhoef *et al.*, 2005). Cette exclusivité pose problème dans la mesure où les méthodes pour obtenir des connaissances sur les façons de guérir doivent être cohérentes avec la compréhension et la théorie de la maladie sous-jacentes de cette façon de faire (Tonelli et Callahan, 2001).

Les tenants de la médecine homéopathique soutiennent qu'une grande proportion de la recherche évaluative effectuée jusqu'à présent (Reilly *et al.*, 1986, 1994; Taylor *et al.*, 2000) a été teintée d'une série de biais (biais contextuels, biais taxonomiques, biais sur 'les outcome', biais du marché) (Chatfield, 2007; York University Center for Health Studies, 1999). Ainsi, pour de nombreux chercheurs en homéopathie, il semble exister une inadéquation entre les outils de recherches actuels et les méthodes employées, ce qui entraîne une différence de perception fondamentale qui est à la fois un problème philosophique, scientifique et culturel et qui freine la reconnaissance des recherches en homéopathie. Selon un rapport britannique sur les MNC (House of lords, 1999) ce problème de reconnaissance ne réside ni dans la faiblesse des évidences scientifiques ni dans la difficulté d'explication du mécanisme d'action du remède puisque ces deux arguments s'appliquent aussi aux nouveaux et aux anciens médicaments conventionnels. Par exemple, dans l'histoire de la MC, l'Aspirine (acetylsalicylic acid) fut la première drogue chimique synthétique. Manufacturée par Bayer en Allemagne, brevetée et mise en marché en 1899, son mécanisme d'action n'est, jusqu'à ce jour, pas encore complètement connu. Son utilisation s'est donc faite pendant tout ce temps de manière empirique, tout comme de nombreuses autres substances utilisées aujourd'hui en MC (House of lords, 1999).

Or, les principaux problèmes des méthodes de recherche comme l'utilisation d'une méthode de recherche réductionniste comme l'ECR à la médecine homéopathique, sont liés à l'exclusion de certaines catégories d'effets, aux difficultés taxonomiques comme les problèmes inhérents au choix des critères diagnostiques (les ECR nécessitent des critères diagnostics conventionnels, axés sur un concept nosologique, souvent incompatible en homéopathie qui s'adresse plutôt à la personne malade et non pas à une maladie) et aux difficultés procédurales comme les bases logiques de comparaison (Patel, 1987; Walach *et al.*, 2006) et l'utilisation au départ du mauvais paradigme (Cucherat *et al.*, 2000; Dürr, 2002; Jonas *et al.*, 2003; Linde *et al.*, 1997).

Les maladies sont des expériences complexes comprenant des facteurs physiques, psychologiques et sociaux qui ne peuvent, selon les homéopathes et selon un nombre croissant d'acteurs du milieu de la santé, être réduit à des mesures uniques et objectives. Selon Walach (2006), la façon et les raisons du rétablissement de quelqu'un sont complexes et synergiques et ne peuvent être isolés simplement dans un environnement contrôlé. Et parfois, l'expérience de la maladie ne peut qu'être saisie par la recherche qualitative, et non par un questionnaire ou une prise de sang (Feinstein, 1994). À ce moment, les « meilleures données » ne peuvent être que le sens que le patient donne à sa maladie et à son rétablissement. Plusieurs recherches qualitatives suggèrent que les utilisateurs des MNC vivent l'expérience de toute une gamme d'effets qui ne seraient pas saisis avec les mesures de résultats standards (Verhoef *et al.*, 2005). Dans certaines de ces études, par exemple, en plus de rapporter une amélioration de leurs symptômes, les gens ont noté des résultats plus larges qu'ils considéraient d'une grande valeur comme des changements dans la personnalité et une capacité de surmonter physiquement et psycho-socialement la maladie (Gould et MacPherson, 2001; Paterson et Britten, 1999). Ce type de recherches peut aussi aider à comprendre l'impact du contexte sur le processus de l'intervention et de la guérison et alors permettre de développer des mesures sur les résultats des interventions de la médecine homéopathique (Verhoef, 2002).

Nous devons donc nous intéresser aux raisons qui font qu'une intervention fonctionne, à la façon dont les participants vivent l'expérience de l'intervention et à la manière dont ils donnent un sens à ces expériences (Verhoef *et al.*, 2002; Verhoef *et al.*, 2005). Mais les ECR ne donnent aucune information individuelle sur les utilisateurs tandis que la médecine homéopathique est adaptée pour chaque cas. Les ECR ne donnent aucune place aux préférences des patients, un aspect essentiel des traitements si on désire leur participation dans les décisions cliniques. Il est essentiel d'utiliser un cadre de travail qui tienne compte du point de vue des utilisateurs (Jonas 2001; Walach *et al.*, 2006). L'approche positiviste des ECR est donc parfois inadéquate pour évaluer des interventions complexes comme la médecine homéopathique (Walach *et al.*, 2006; Weatherley-Jones *et al.*, 2004b).

Selon certaines études (Bastide, 1997; Bellavite et Signorini, 2002; Belon *et al.*, 2004; Chang *et al.*, 1999; Conte *et al.*, 2000; ECH, 2004b; Endler et Schulte, 1994; Schmidt *et al.*, 2004) les recherches fondamentales réalisées à ce jour peuvent conclure que les très hautes dilutions homéopathiques ont une activité biologique et qu'une « empreinte » de la substance originale peut être détectée dans les préparations homéopathiques hautement diluées. Pour débloquent le processus de la recherche en homéopathie, il serait nécessaire de s'ouvrir à la possibilité qu'il puisse exister un autre paradigme que le paradigme moléculaire pour les sciences médicales pour expliquer les phénomènes observés (Adams, 2007; Atsumi, 2006; Khun, 1983; UPHB, 2006; Van Wassenhoven, 2005). Plusieurs études démontrent l'existence « d'autres moyens de communication intercellulaire (...) tout comme entre les cellules (...) et le rôle de l'empreinte moléculaire sur un solvant sont des faits incontournables. Même les effets des hormones ne peuvent être expliqués simplement par la théorie moléculaire (...) » (UPBH, 2006, p. 12).

Néanmoins, de nombreux auteurs (Adams, 2007; Fisher, 1995; Jonas, 2001; Jonas *et al.*, 2006; Ritenbaugh *et al.*, 2003; Verhoef *et al.*, 2005; Walach *et al.*, 2006) se

spécialisent dans l'étude des méthodologies et modèles de recherche pour un système complexe comme la médecine homéopathique et ont proposé d'autres approches évaluatives innovatrices pour l'efficacité, des approches non réductionnistes et individualisées qui combinent différents designs nécessitant à la fois les méthodes qualitatives et quantitatives (Atsumi, 2006 ; Bell *et al.*, 2002; Boon *et al.*, 2007; Taillefer, 2004 ; Verhoef *et al.*, 2004, 2005 ; Walach *et al.*, 2005 ; White et Ernst, 2001) comme les travaux sur les « Whole Systems Research – WSR ». En proposant une mixité de méthodes pour remplacer les ECR afin de mieux répondre aux nombreuses modalités nécessaires aux traitements individualisés offerts par les MNC et à leur complexité, il est possible de mieux servir les particularités nécessaires à des recherches subséquentes.

A.3.2 Le problème de la publication et le problème de financement

Un des problèmes lié à l'intégration et à l'accessibilité de la médecine homéopathique est celui de la diffusion du savoir et du respect des recherches dans ce domaine (Fondation Robert Bosch, 2006), importants en éthique de la recherche⁵⁸. Une des raisons invoquée pour ce manque de publication des recherches en médecine homéopathique est le fait que le modèle scientifique mécaniste n'arrive pas à considérer ce qu'il n'est pas en mesure d'appliquer à partir de l'exclusivité de son paradigme.

Comme nous l'avons noté précédemment, plusieurs auteurs ont révélé la présence d'un certain biais de publication pour les recherches en homéopathie (Chatfield,

⁵⁸ Conseil de recherches médicales du Canada, *Énoncé de politique des trois conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Conseil de recherches médicales du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, 1998.

2007; York University Center for Health Studies, 1999). Effectivement, nombres d'entre elles ne sont acceptés que par des revues dites « alternatives » ou spécialisées seulement en homéopathie avec une visibilité limitée (Kleijnen, 1991). Nombreuses sont les recherches homéopathiques, dont plusieurs essais cliniques, qui ne sont pas publiées dans des revues scientifiques ou médicales « reconnues », à moins que les résultats ne soient négatifs⁵⁹ et des auteurs ont démontré un réel biais négatif de la part des périodiques conventionnels avec révision par les pairs (Caulfield et DeBow, 2005; Cucherat *et al.*, 2000; Resch *et al.*, 2000). Ceci rend l'accessibilité à cette littérature homéopathique difficilement disponible aux chercheurs, renforce les idées préconçues des lecteurs (Kayne, 1997) et la mauvaise représentation de l'homéopathie dans les médias (Steuter, 2001). Il a récemment été observé que le contraire se faisait pour certaines recherches en MC, où l'on privilégiait plutôt les études ayant des résultats positifs. On se souvient qu'en 2001, une douzaine de revues médicales prestigieuses s'associaient pour dénoncer certaines pratiques des laboratoires pharmaceutiques qui influençaient les essais de nouvelles molécules ou censuraient les résultats défavorables (La Presse, 2001). Un autre exemple est celui d'une étude en 2008 qui démontrait l'existence d'une sélection « positive » dans la publication des essais cliniques sur les antidépresseurs (Turner *et al.*, 2008), influençant ainsi leur apparente efficacité (Gravel, 2008).

Toutefois, il existe de nombreux périodiques spécialisés⁶⁰ dont certains existent depuis le XIX^{ème} siècle (Fournier, 2009). Ces périodiques où se retrouvent des

⁵⁹ Voir Kayne (1997) p.166 et voir aussi Kleijnen, J., *et al.*, (1991) et Lüdtkke, (2007). Le problème de la publication peut être illustré par les difficultés auxquelles le Dr J. Benveniste s'est heurté en voulant publié ses recherches sur la mémoire de l'eau (Schiff, 1995, p. 78-82).

⁶⁰ Comme par exemple, *Homeopathy* (depuis 1911), *Links* (depuis 1987) ou *Les Cahiers du Regroupement Hahnemannien* (depuis 1963) et le tout premier périodique de spécialité médicale au monde, le *Allgemeine homöopathische Zeitung* (*Gazette homéopathique universelle*, publié depuis 1831 jusqu'à ce jour ! Ce dernier est « aujourd'hui

articles de fond sur l'histoire, la philosophie, la pratique des homéopathes, la matière médicales, des études de cas et des recherches utilisant une variété de méthodologies, sont peu connues ou ignorées par la communauté scientifique qui ne cite que les articles provenant de son propre réseau. Il y a peu de référence à ces périodiques même par ceux du réseau des MNC comme *Complementary Therapies in Medicine*, *the Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *Forschende Komplementärmedizin* and *Alternative Therapies in Health and Medicine*, ou *eCAM*. La recherche en médecine homéopathique a aussi souffert d'un manque d'infrastructures et de financement, un manque d'expertise en recherche parmi les praticiens et les chercheurs venus de d'autres domaines et connaissant mal ce champ de connaissances. Ainsi, il n'existe pas d'unanimité entre les chercheurs de la communauté scientifique à propos des meilleures méthodes pour la production du savoir, même parmi ceux d'un même champ (Broom et Adams, 2007). Il y a toutefois, 16 pays qui offrent des fonds pour la recherche en médecine homéopathique (ECCH, 2006).

Comment choisir quels agents thérapeutiques et quelles méthodes devraient être étudiés en premier quand le financement se trouve principalement dans les mains de l'industrie pharmaceutique qui a bien sûr des intérêts spécifiques quand il s'agit d'investir dans la recherche ? Une grande partie des fonds pour la recherche conventionnelle provient du secteur privé. Évidemment, le profit relié à la mise en marché d'un nouveau médicament biomédical est énorme comparé à celui que peut

encore publié, ce qui en fait la plus vieille revue sur le sujet et probablement même le plus ancien périodique au monde consacré à une « spécialité médicale ». Si ce n'est d'une période de non publication dans l'après-guerre (décembre 1944 à 1948), le journal a paru sans arrêt depuis sa naissance en 1831; d'ailleurs, il changea de nom pendant les parutions de la fin 1944 pour devenir le *Homöopathische Zeitschrift* (Revue homéopathique) » (Fournier, 2009, p. 270). Pour une liste exhaustive des périodiques et des auteurs d'ouvrages d'homéopathie en langue française, voir O., Rabanes et A., Sarembaud, 2003.

engendrer un remède homéopathique⁶¹ : ce dernier est générique et ne peut être breveté, d'où l'impossibilité pour l'industrie de faire de grands profits. Certaines recherches en homéopathie sont réalisées par les fabricants, principalement en France, aux Pays-Bas et en Allemagne, mais leur investissement, encore là, n'est rien à comparer à celui fait pour la recherche conventionnelle. Certes, il y a d'autres sources de financements privés mais leur apport n'est pas significatif et ce qui peut être accompli est limité. Aussi, en général, le coût d'un traitement est un sujet crucial pour les compagnies d'assurances qui pourraient faire avancer la recherche dans ce domaine (Fondation Robert Bosch, 2006). Mais les MNC n'ont pas de fonds de recherches réservés et les protocoles de ce champ de recherche doivent concurrencer ceux du courant dominant de la MC.

Des initiatives en recherches sur la naturopathie, l'acupuncture, la chiropraxie et l'homéopathie, notamment au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Australie et au Canada, ont données lieu à diverses formes de financement selon les pays. Par exemple, le département de la santé du Royaume-Uni (Lewith, 2005; Lewith *et al.*, 2006) financent la recherche sur certaines MNC dont l'homéopathie. Des réseaux de chercheurs se sont organisés internationalement et même au Canada (Andrews et Boon, 2005; ECCH, 2005; Lewith *et al.*, 2006). Dans peu de pays, comme en Inde, il y a un financement de source gouvernementale où, chaque année, il est voté un budget pour la recherche en homéopathie.

⁶¹ En Angleterre, d'après l'Association of the British Pharmaceutical Industry, la dépense pour la recherche et le développement en 1993 était évaluée à £1,649 milliards comparé à £40 000 pour l'homéopathie (Kayne, p. 164)

A.3.3 La situation de l'enseignement de la médecine homéopathique

L'éducation est une des clefs du changement et elle est intimement liée à la fois à la recherche, au processus de légitimité qui permet à une profession médicale d'être accessible à la population, sans oublier qu'assurer des standards de formation protège aussi le public. Parler de l'enseignement de la médecine homéopathique, c'est aussi parler d'un des éléments de son contexte particulier qui peut teinter la perception des mères face à la consultation en homéopathie.

Or, pour l'instant, on insiste sur l'enseignement des seules MNC qui peuvent démontrer leur efficacité par la méthodologie de l'EBM (Brooks, 2004). Selon Stumpf (2007), il est évident que l'échange de savoir, la production de recherches et les standards d'éducation ne se font pas de façon bilatérale.

Si l'OMS (2002) considère que le nombre croissant de possibilités de formation et enseignement en MNC au Royaume-Uni reflète peut-être un intérêt accru pour ce type de soins de santé, en général, ce sont plutôt des cours de familiarisation qui sont donnés pour informer et changer l'attitude des étudiants en médecine ou en soins infirmiers face aux MNC (Brinkhaus *et al.*, 2005; Brooks, 2004; Owen et Lewith, 2004). Certains auteurs notent que ces cours de familiarisation risquent de seulement effleurer la surface et de ne pas rendre justice à ces MNC (Caspi, 2001; Richardson, 2001). On est loin de la coupe aux lèvres quand on regarde les données sur l'attitude de ces étudiants, praticiens de demain, face aux MNC et le fait que plus leur éducation biomédicale augmente, plus leur scepticisme (ou leurs préjugés) envers les MNC s'accroît aussi (Furnham et McGill, 2003; Greenfield *et al.*, 2006).

Par le passé, déjà, il y a eu de nombreuses universités allemandes, autrichiennes et d'Europe de l'Est où l'homéopathie a été enseignée (Lucae, 1998). En Europe,

aujourd'hui, la formation en médecine homéopathique est en général faite à travers un programme de formation professionnel de 3 à 6 ans pour l'obtention d'un diplôme ou à l'intérieur d'un programme d'études post graduées pour les médecins⁶² (ECCH, 2000) qui offrent une formation mais elle varie considérablement. Par contre, il existe des exemples de programmes d'enseignement hors faculté de médecine en médecine homéopathique au Bac en Australie et au Royaume-Uni et de maîtrise dans des universités d'Espagne et d'Amérique du Sud (ECCH, 2007). Aux États-Unis, la loi américaine sur les standards de formation et de pratique varie selon les états. Le Connecticut, l'Arizona et le Nevada sont les trois états où on forme les médecins spécifiquement en médecine homéopathique (NCCAM, 2003).

Au Canada, depuis cinq ans, certaines facultés de médecine, de pharmacie et de sciences infirmières (Alberta, Ontario, Colombie-Britannique, Saskatchewan) initient des projets sur l'éducation (information) médicale au premier cycle (CAM in UME Project, 2003). Une enquête révèle que la plupart des facultés de médecine du Canada donnent une information générale sur les MNC, ce qu'ils appellent des « techniques » comme l'homéopathie (Ruedy *et al.*, 1999). Le fragile accueil qu'on leur fait, témoigne de l'état d'esprit qui règne dans ces départements : on est loin de l'idée de coopération et d'égalité de l'intégration de ces médecines (IN-CAM, 2007).

Au Québec, l'enseignement des MNC fait piètre figure. Les facultés de pharmacie (le marché oblige) donne une introduction aux remèdes homéopathiques qui ne fournissent qu'une introduction théorique et non un enseignement spécialisé des techniques cliniques spécifiques (OMS, 2002; Wetzel *et al.*, 1998). Ces cours sont

⁶² Par exemple, il y a au Royaume uni et en France des universités qui offrent des Diplômes Universitaires (BSc (Hons) Homeopathy in practice ou d'Homéopathie Clinique) avec une licence de pratique (Université de Westminster, Université de Salford, Université Claude Bernard Lyon I).

donc tout à fait inadéquats pour pratiquer une MNC. Sinon, la formation des homéopathes québécois est donnée, depuis le début des années 1990, par des écoles privées dont le curriculum doit aujourd'hui être reconnu par le Syndicat Professionnel des Homéopathes du Québec (SPHQ) et l'International Council for Classical Homeopathy (l'ICCH) dont il fait partie. Depuis 2006, un projet a vu le jour à l'Université du Québec à Montréal, où un groupe de travail a été mis sur pied afin d'implanter d'ici 2010, un nouveau programme de formation en Approches Intégrées en Santé (AIS) avec la participation des homéopathes du SPHQ (Magny *et al.*, 2009).

ANNEXE B

GRILLE D'ENTREVUE

1- Racontez-moi votre première consultation en médecine homéopathique ? Qu'est-ce qui s'est passé ? Comment vous êtes-vous sentie ? Qu'est-ce que ça vous a donné (de raconter) ?

2- Qu'est-ce qui vous a amenée à consulter en médecine homéopathique, ce qui vous a motivée ? (la grossesse, la famille, votre expérience de mère...)

- Pourquoi avoir choisi l'homéopathie ? (pour répondre à quels besoins?)

- Pour quels problèmes de santé consultez-vous ?

- Depuis combien de temps consultez-vous ?

3- Qu'est-ce que vous attendiez de cette première consultation ? Et pour les consultations suivantes ?

4- Y a-t-il des choses différentes dans la consultation en médecine homéopathique de la consultation en médecine conventionnelle ? Qu'est-ce que vous aimez et n'aimez pas ?

5- Qu'avez-vous appris lors des consultations en médecine homéopathique ? Vous servez-vous de ces informations ? Lesquelles ? Dans quelles situations ?

6- Qu'est-ce que ça vous a donné de consulter, qu'est-ce que ça a (ou pas) changé des choses ?

- Concernant vos habitudes de vie (alimentation, gestion du stress);

- Vos comportements face à la santé ou la maladie, comment vous voyez la santé de vos proches, l'impact sur votre famille (expérience de la maladie, visites chez le médecin, prise de médicaments, décisions face à la santé) ;

- Votre état de santé et celle de vos proches;

- Comment la maladie est-elle vécue suite à cette expérience ?

7- Quelles sont vos explications pour ces changements ? Comment ça s'est produit ?

8- Êtes-vous satisfaite de la consultation homéopathique ? Pourquoi ?

9- Y a-t-il des troubles pour lesquels vous croyez que la médecine homéopathique est efficace ou utile ?

10 - Y voyez-vous ou non une utilité en prévention ? Comment ?

11- Comment voyez-vous le rôle (la place) des praticiens en médecine homéopathique dans le système de santé ?

12- Quand et pourquoi utilisez-vous les services publics de soins de santé ?

ANNEXE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

UQÀM- Université du Québec à Montréal
Case postale 8888, succursale Centre-Ville,
Montréal (Québec), H3C 3P8
Téléphone : (514) 987-3000

Titre de l'étude : IMPACT MÉDICAL ET SOCIAL DE LA
CONSULTATION EN MÉDECINE HOMÉOPATHIQUE CHEZ LES MÈRES :
UNE QUESTION DE PARADIGME

But de la recherche : Cette recherche s'inscrit dans le contexte actuel du système de santé québécois, avec la popularité grandissante des médecines non conventionnelles et en regard de ce qui se fait dans d'autres pays pour l'intégration de ces pratiques au système de soins de santé. Nous nous intéresserons à l'impact du recours à la consultation en médecine homéopathique comme pratique de santé et à ses conséquences autant médicales que sociales dans la vie des mères.

Nature de la participation : entrevue personnelle semi-dirigée d'une durée approximative d'une heure dans un lieu choisi par le sujet.

Avantages : faire un bilan de son expérience et évaluer l'impact de la consultation en médecine homéopathique sur sa santé et dans sa vie.

Inconvénients : Puisqu'un certain dévoilement est possible lors des entrevues, car il s'agit de parler d'un sujet personnel comme la maladie, ceci pourrait peut-être

engendrer des situations émotivement difficiles pour certaines mères. Un temps de discussion sera prévu à la fin de l'entrevue afin de s'assurer du bien-être du sujet.

Confidentialité : l'anonymat du sujet sera protégé et un code ou un pseudonyme sera utilisé à cet effet.

La personne soussignée

- Certifie avoir été informée sur les objectifs et le déroulement de l'étude ci-dessus, par la personne chargée de l'étude dont le nom figure au bas de cette page.
- Affirme avoir compris les informations fournies à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'il souhaitait.
- Certifie avoir été informée des avantages et des risques éventuels qui sont associés à cette étude, et des contraintes qu'impliquait sa participation à cette étude.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- A été informée que sa participation est volontaire et du fait qu'elle pouvait interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans préjudice d'aucune sorte.
- Consent à ce que les données recueillies ou les résultats anonymisés de l'étude puissent faire l'objet d'une diffusion par des moyens écrits ou électroniques ou puissent être transmises à des personnes extérieures (professeurs-res, étudiants-tes).
- S'engage à informer la personne responsable de tout phénomène inattendu pouvant survenir durant cette étude et à se conformer aux recommandations à la personne responsable de l'étude.

Le soussigné accepte donc de participer à l'étude mentionnée ci-dessus.

Nom, prénom du sujet :

Date et signature :

Nom et coordonnées du chercheur :

Taillefer, Anne.....

taillefer.anne@courrier.uqam.ca

514-385-1215

Date et signature :

BIBLIOGRAPHIE

- Aakster, C. (1986). « Concepts in alternative medicine », *Social Science and Medicine*, 22 : 265-273.
- Adam, P. et C. Herzlich (2007). *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Collin Éditeur, 127 p.
- Adams, J. (2004). « Demarcating the medical/non-medical border : Occupational boundary-work within GP's accounts of their integrative practice », dans Tovey, P. et al. (ed). *The mainstreaming of complementary and alternative medicine : Studies in social context*, London, Routledge, pp. 140-157.
- Adams, J. (2007). « Introduction », dans J., Adams (éd), *Researching complementary and alternative medicine*, Routledge, Londres, 153 p.
- Adams, J. et al. (2003). « Profile of women who consult alternative health practitioners in Australia », *Medical Journal of Australia*, 179 (6) : 297-300.
- Adams, J. et al. (2004). « Researching the utilisation of complementary and alternative medicine : Where to from here ? », *Evidence-based Integrative Medicine*, 1 (3) : 169-172.
- Adler, M. (1999). « Efficacy, safety of a fixed-combination homeopathic therapy for sinusitis », *Adv Ther*, 16 : 103-111.
- Agence de la santé publique du Canada (2003). *Programme intégré Canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (PICRA)*, rapport complet, 123 p. www.phac-aspc.gc.ca/cipars-picra/2003
- Agence de la santé publique du Canada (2005). *La stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, Toronto, Agence de la santé publique du Canada, 61 p. <http://www.phac-aspc.gc.ca>
- Agence de la santé publique du Canada, Réseau canadien de la santé (2006). *Quels sont les différents types de thérapies complémentaires et parallèles?* site internet : <http://www.reseau-canadien-sante.ca>
- Albrecht G. L., Fitzpatrick R. et Scrimshaw S. C. (dir) (2003). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage Publications, 545 p.

- Aldridge, D. (2007). « Qualitative methods in CAM research », dans J., Adams (éd), *Researching complementary and alternative medicine*, Routledge, Londres, 153 p.
- Andersen, R.M. (1995). « Revisiting the behavioral model and access to medical care : Does it matter ? », *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1) : 1-10.
- Andrews, GJ. Et H. Boon (2005). « CAN in Canada : place, practices , research », *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11 : 21-27.
- Anelli, M. *et al.* (2002). « Homeopathy and health related Quality of Life : a survey in six European countries », *Homeopathy*, 91 (1) : 18-21.
- Angus Reid Group Inc. (1998). *Use and danger of alternative medicines and practice: Parts I and II*, Consumer poll conducted by CTV/Angus Reid Group Poll in August 1997.
- Ankri, J. (1999). « Risque iatrogène et population âgée », dans J. Ankri (dir) (1999), « Médicament et santé publique », *ADSP*, 27 : 19-74.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 246 p.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 218 p.
- Anyinam, C. (1990). « Alternative medicine in western industrialised countries : An agenda for medical geography », *The Canadian Geographer*, 34 (1) : 69-76.
- APHC Association des Pharmaciens Homéopathes du Canada (2005). <http://chpa-aphc.ca/>
- Arcury, TA. *et al.* (2004). « Complementary and alternative medicine use among rural residents in Western North Carolina », *Complementary Health Practice Review*, 9 : 93-102.
- Armstrong, D. (1983). *Political Anatomy of the body : Medical knowledge in Britain in the Twentieth Century*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Armstrong, D. (2002). *A new history of identity : A sociology of medical knowledge*, Basingstoke, Palgrave.

- Armstrong, D. (2003). « Social theorizing about health and illness », dans Albrecht GL., R. Fitzpatrick et SC. Scrimshaw (dir) (2003). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage Publications, pp. 24-35.
- Assemblée Législative de l'Ontario (2007). *Projet de loi 171. Loi visant à améliorer les systèmes de santé en modifiant ou en abrogeant divers textes de loi et en édictant certaines lois*, <http://www.ontla.on.ca>
- Association des pédiatres du Québec (1992). *Rapport du comité d'évaluation des médecines dites alternatives*.
- Astin, J. (1998). « Why patients use alternative medicine: Results from a national study », *Journal of the American Medical Association*, 279: 1548-1553.
- Astin, J. *et al.* (1998). « A review of the incorporation of Complementary and Alternative Medicine by mainstream physicians », *Arch Intern Med*, vol 158 : 2303-2310.
- Astin, J. (2003). « The characteristics of CAM users : A complex picture », dans M., Kelner, J., Wellman, *et al.*, (dir), 2003, *Complementary and alternative Medicine : Challenge and change*, London, Routledgepp. 101-114.
- Atsumi, K. (2006). « Evaluating complementary and alternative medicine by individual response », *International Congress Series*, 1287 : 140-144.
- Attena, F. *et al.* (2000). « Homeopathy in Primary Care: self reported change in health status », *Complementary Therapies in Medicine*, 8 (1) : 21-25.
- Aubry, C., C. Calvé et D. Fournier (2000). *Les homéopathes déjà à l'œuvre dans la santé publique québécoise*, mémoire présenté dans le cadre des travaux de la CESSSS – Commission Clair, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec.
- Aubry, C. (2007). *Pour distinguer l'homéopathie de la naturopathie*, Québec, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec. www.sphq.org
- Aung, SKH. *et al.* (1997). « Alternative medicine : Exploring other healthcare systems », *Patient Care Canada*, 8 (12) : 36-52.
- Avina, RL. Et LJ. Schneiderman (1978). « Why patients choose homeopathy ? », *West J Med*, 128 : 366-369.

- Baistow, K. (1995). « Liberation and Regulation ? Some paradoxes of empowerment », *Critical Social Policy*, 42 : 34-46.
- Bakx, K. (1991). « The 'eclipse' of folk medicine in western society », *Sociology of Health and Illness*, 13 (1) : 20-38.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*, (11^{ème} édition 2003), Paris, Presses Universitaires de France, 291 p.
- Barnes, P. *et al.* (2004). « Complementary and alternative medicine use among adults : United States », *Advance Data*, 27 (343) : 1-19.
- Barthes, R. (1982), « Le discours de l'histoire. Le texte dans l'histoire », *Poétique*, 49 : 13-21.
- Bastide, M., A. Lagache et C. Lemaire-Misonne (1995). « Le paradigme des signifiants : schème d'information applicable à l'Immunologie et à l'Homéopathie », *Revue Intern. Systémique*, 9 : 237-249.
- Bastide, M. (dir) (1997). *Signals and Images*, London, Kluwer Academic Publishers, pp. 161-170.
- Bastide, M. (1999). *Modèles pour la compréhension de l'homéopathie*, site Internet: www.planete-homeo.org
- Bastide, M. (2001). « Recherche fondamentale en Homéopathie », dans A. Sarembaud (2001). *Abrégé d'Homéopathie*, Paris, Masson Publisher, 19 p.
- Bastide, M. (2004). *Déterminisme et homéopathie*, Conférence de M. Bastide, Congrès FNSMHF à Besançon, 10-12 juin 2004, 14 p.
- Bastide, M. et A. Lagache (1997). « Unité du savoir, pluralité des méthodes : introduction à la compréhension de l'homéopathie », *Revue AESCULAPE, Revue Internationale des Médecines non conventionnelles*, 9 : 2-12.
- Batista, R. et R. Guibert (1986). « L'évaluation des médecines douces. Problématique et paradigme », *L'Union Médicale du Canada*, 115; 704-706.
- Beck, AH. (2004). « The Flexner Report and the standardization of American medical education », *JAMA*, 291 (17) : 2139-2140.
- Beck, U. (1998). « Le conflit des deux modernités et la question de la disparition des solidarités », *Lien social et politiques – RIAC*, no. 39 : 15-25.

- Becker-Witt, C. (2003). *Effectiveness and costs of homeopathy compared to conventional medicine – a prospective multicenter cohort study*, London, The Royal Homeopathic Hospital.
- Becker-Witt, C. *et al.* (2004). « Diagnoses and treatment in homeopathic medical practice », *Forch Komplementarmed Klass Naturheilkd*, 11 : 98-103.
- Bell, IR. *et al.* (2002). « Integrative Medicine and systemic outcomes research. Issues in the emergence of a new model for primary health care », *Arch Intern Med*, 162 : 133-140.
- Bell, IR. *et al.* (2004). « Improved clinical status in fibromyalgia patients treated with individualized homeopathic remedies versus placebo », *Rheumatology*, 43 : 577-582.
- Bell, IR. (2005). « Depression research in homeopathy : Hopeless or hopeful ? », *Homeopathy*, 94 : 141-144.
- Bell, IR. et M. Koithan (2006). « Models for study of Whole Systems », *Integr Cancer Ther*, 5 (4) : 293-307.
- Bell, IR. (2006). « Theory-Driven Whole Systems Research : Implications for outcomes », *ISCMR*, newsletter, june 2006, 3 (2) : 4-5.
- Bellavite, P. et A. Signorini (2002). *The emerging science of homeopathy. Complexity, biodynamics and nanopharmacology*, Berkeley, North Atlantic Books, 408 p.
- Bellavite, P. *et al.* (2005). « Immunology and Homeopathy. 1. Historical background », *eCAM*, 2 (4) : 441-452.
- Bellows, HP. (1906). *The Test Drug Proving of the O.O. and L. Society: A Reproving of Belladonna*, Boston, The American Homeopathic Ophthalmological, Otological, and Laryngological Society, 665 p.
- Belon, P. *et al.* (2004). « Histamine dilutions modulate basophil activation », *Inflamm. Res.*, 53: 181-188.
- Benoist, J. (1996). « Prendre soins », dans J., Benoist (dir) (1996). *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*, Paris, Les Éditions Karthala, 520 p.
<http://classiques.uqac.ca/contemporains/>

- Bensing, J. (2000). « Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine », *Patient Education and Counseling*, 39 : 17-25.
- Bensing, JM. *et al.* (1993). « Gender differences in practice style : a Dutch study of general practitioners », *Med Care*, 31 : 219-229.
- Berger, P. et T. Luckmann (1967). *The social construction of reality : A treatise in the sociology of knowledge*, New York, Anchor Books Edition, 240 p.
- Bergmann, J. *et al.* (2000). « The efficacy of the complex medication Phyto-Hypophyson L in female, hormone-related sterility. A randomized placebo-controlled clinical double-blind study », *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*, 7 (4) : 190-199.
- Berliner, H. (1976). « A larger perspective on the Flexner Report », *International Journal of Health Services*, vol 5, no 4, pp. 573- 592.
- Berliner, H. (1984). « Scientific medicine since Flexner », dans J., W., Salmon, *Alternative Medicine, popular and policy perspectives*, London, Tavistock.
- Bernal, GG. (1995). « How does homoeopathy cure ? A brief history of its causal hypotheses », *British Homoeopathic Journal*, 84 (1) : 40-45.
- Bernstein, JH. et JT. Shuval (1997). « Nonconventional medicine in Israel : Consultation patterns of the Israeli population and attitudes of primary care physicians », *Social Science and Medicine*, 44 (9) : 1341-1348.
- Berthelot, JM. (1999). « Analyse de contenu », dans Akoun, A. et P. Ansart (dir). (1999). *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Le Robert/Seuil, p. 18-19.
- Best, A. et D. Glik (2003). « Research as a tool for Integrative Health Services Reform », dans Kelner, M., J., Wellman, *et al.* (dir), 2003, *Complementary and alternative Medicine : Challenge and change*, London, Routledge, 259 p.
- BHA, The faculty of homeopathy (1999). *Opportunities for homeopathy within the new NHS*, Londres, site internet : <http://www.trusthomeopathy.org/>
- BHA, The faculty of homeopathy (2005). *Research in homeopathy*, Londres, site internet : <http://www.trusthomeopathy.org/>

- Bhattacharjee, N. *et al.* (2007). « Amelioration of Carcinogen-induced toxicity in mice by administration of a potentized homeopathic drug, natrum sulfuricum 200 », *eCAM*, doi :10.1093/ecam/nem067, p. 1-11.
- Bhavnani, K. (1988). « Empowerment and social research : Some comments », *Text*, 8 (1-2) : 41-50.
- Billot, JP. (1992). *Homéopathie en gériatrie*, Paris, Maloine, 361 p.
- Billot, JP. (2006). « Place de l'environnement en homéopathie selon Hahnemann », *L'homéopathie Européenne. Revue médicale d'expression française*, 15 (5) : 25-29.
- Bilson, R. et G. Lee-Treweek (2006). « Negotiating the Holistic Turn – the Domestication of Alternative Medicine », *Sociology of Health and Illness*, 28 (3) : 381-384.
- Bishop, FL. et L. Yardley (2004). « Constructing agency in treatment decisions : negotiating responsibility in cancer », *Health*, 8 (4) : 465-482.
- Bishop, FL. *et al.* (2008). « Who uses CAM ? A narrative review of demographic characteristics and health factors associated with CAM use », *ECAM*, doi :10.1093/ecam/nen023, 18 p.
- Blais, L. (2006). « Savoir expert, savoirs ordinaires : qui dit vrai ? Vérité et pouvoir chez Foucault », *Sociologie et Société*, vol 38 (2) : 151-163.
- Blais, R. *et al.* (1997). « How different are users and non-users of alternative medicine ? *Canadian Journal of Public Health*, 38 (3) : 159-162.
- Blanchet, A. et A. Gotman (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan.
- Blaxter, M. (1997). « Whose fault is it ? People's own conceptions of the reasons for health inequalities », *Social Science and Medicine*, 44 : 747-756.
- Block, KI. (2007). « On models for integrative medical practice », *Integr Cancer Ther*, 6 (4) : 309-312.
- Bodeker, G. (2001). « Lessons on integration from the developing world's experience », *BMJ*, 322 : 164-167.

- Bodeker, G. *et al.* (2002). « A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine », *American Journal of Public Health*, 92 (10) : 1582-1591.
- Bohr, N. (1934). *Atomic Physics and the Description of Nature*, Cambridge, Cambridge University Press, 1934, 119 p..
- Boiron, C. et J. Rémy (1990). *L'homéopathie, un combat scientifique*, Paris, Albin Michel, 196 p.
- Boissel, JB., M. Cucherat *et al.* (1996). "Critical literature review on the effectiveness of homeopathy: overview of data from homeopathic medicine trials", *Homeopathic Medicine Research Group. Report to the European Commission*, Brussels, chap. 11: 195-210.
- Boltanski, L. (1971). « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, 1 : 205-233.
- Boon, H. (2002). « regulation of complementary/alternative medicine : a Canadian perspective », *Complementary Therapies in Medicine*, 10 : 14-19.
- Boon, H. *et al.* (2004). « From parallel practice to integrative health care : a conceptual framework », *BMC Health Services Research*, 4 : 15.
- Boon, H. *et al.* (2003). « Use of complementary/alternative health care by men diagnosed with prostate cancer : prevalence and characteristics », *Urology*, 62 : 849-853.
- Boon, H. *et al.* (2007). « Evaluating Complex Healthcare Systems : A critique of four approaches », *eCAM*, 4 (3) : 279-285.
- Boote, J. *et al.* (2002). « Consumer involvement in health research : a review and research agenda », *Health Policy*, 61 : 213-236.
- Bordet MF. *et al.* (2008). « Treating hot flushes in menopausal women with homeopathic treatment – Results of an observational study », *Homeopathy*, 97 : 10-15.
- Bornhöft, G. *et al.* (2006). « Effectiveness, safety and cost-effectiveness of homeopathy in general practice – Summarized Health Technology Assessment », *Forschende Komplementärmedizin*, 13 (suppl 2) : 19-29.
- Bouchayez, F. (1986). « La nébuleuse des autres médecines », *Recherche et Avenir*, 365 (4) : 317-330.

- Bourdieu, P. (1976). "Le champ scientifique", *Actes de la recherche en sciences sociales*, juin, no.8-9, pp. 88-104.
- Bourdieu, P. (1984). *Questions de sociologie*, Les Éditions de Minuit, Paris, 277 p.
- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité*, Paris, Éditions Raisons D'agir, 237 p.
- Brien, S. (2004). « Attitudes about Complementary and Alternative Medicine did not predict outcome in a homeopathic proving trial », *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10 (3) : 503-505.
- Brien, S. *et al.* (2004). « Are the therapeutic effects of homeopathy attributed to the consultation, the homeopathic remedy, or both ? A protocol for a future exploratory feasibility trial in patients with rheumatoid arthritis », *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10 (3) : 499-502.
- Britten, N. (1995). « Qualitative research : Qualitative interviews in medical research », *British Medical Journal*, 311 : 251-253.
- Broom, A. (2005). « Using qualitative interviews in CAM research : A guide to the study design, data collection and data analysis », *Complementary Therapies in Medicine*, 13 : 65-73.
- Broom, A. et P. Tovey (dir). (2007). *Complementary and Alternative Medicine in Cancer Care*, London, Routledge.
- Buajordet, I. *et al.* (2001). « Fatal adverse drug events : the paradox of drug treatment », *Journal of Internal Medicine*, 250 (4) : 327-341.
- Bungay, V. et B. Carter Keddy (1996). « Experiential analysis as a feminist methodology for health professionals », *Qualitative Health Research*, 6 (3) : 442-452.
- Buske, L. (2002). « Popularity of alternative health care providers continues to grow », *Canadian Medical association Journal*, 166 (3) : 366.
- Bury, M. (1982). « Chronic illness as biographical disruption », *Sociology of Health and Illness*, 4 : 167-182.
- Bury, M. (1991). « The sociology of chronic illness : a review of research and prospect », *Sociology of Health and Illness*, 13 (4) : 451-468.

- Campbell, A. (1984). *The faces of homoeopathy*, New Delhi, B. Jain Publishers, 158 p.
- Canguilhem, G. (2006). *Le normal et le pathologique*, 1966, 10^{ème} édition, Paris, PUF, 224 p.
- Cant, S. et U. Sharma (1996). "Demarcation and transformation within homeopathic knowledge. A strategy of professionalization", *Social Science and Medicine*, vol. 42, issue 4: pp. 579-588.
- Cant, S. et U. Sharma (1999). *A new medical pluralism ? Alternative medicine, doctors, patients and the state*, London, Routledge, 226 p.
- Cant, S. et U. Sharma (2003). « Alternative Health practice and systems » dans Gary Albrecht *et al*, (dir), *The handbook of social studies in health and medicine*, London, Sage Publications, 545 p.
- Carricaburu, D. et M. Ménoret (2004). *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Collin Éditeur, 235 p.
- Cartwright, T. et R. Torr (2005). « Making sens of illness : The experiences of users of complementary medicine », *Journal of health Psychology*, 10 (4) : 559-572.
- Caspi, O. (2001). « Bringing complementary and alternative medicine into mainstream is not integration », *BMJ*, 322 : 168.
- Cassell, EJ. (1992). *The nature of suffering and the goals of medicine*, New York, Oxford University Press.
- Cassell, EJ. (1999). « Diagnosing Suffering : A perspective » *Ann Inter Med.*, 131 : 531-534
- Cassell, EJ. (2003). « Travelers in the land of sickness », *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 10 (3) : 225-226.
- Cassileth, BR. *et al*. (1980). « Information and participation preferences among cancer patients », *Annals of Internal Medicine*, 92 (6) : 832-836.
- CCRA Comité canadien sur la résistance aux antibiotiques (2005). *Le comité canadien sur la résistance aux antibiotiques*, rapport annuel 2004-2005, 10 p. www.ccar-ccra.org

- Chabot, P. (1993). *Les thérapies alternatives : une remise en question de la modernité médicale*, mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.
- Chabot, P. (2001). *Le sens de la transformation contemporaine du système de la santé*, Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
- Chabot, P. et O. Sévigny (1991). *L'efficacité des médecines alternatives*, Université du Québec à Montréal, Équipe de Recherche sur les Médecines Alternatives (ERMA), Département de Sociologie, 76 p.
- Chang, FY. *et al.* (1999). « Rat gastrointestinal motor responses mediated via activation of neurokinin receptors », *J Gastroenterol Hepatol*, 14 : 39-45.
- Charles, C. et S. DeMaio (1993). « Lay participation in health care decision making : A conceptual framework », *Journal of Health, Policy and Law*, 18 (4) : 881-904.
- Charmaz, K. (1983). « Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill », *Sociology of Health and Illness*, 5 : 168-195.
- Charmaz, K. (2003). « Experiencing Chronic illness », dans Gary Albrecht *et al.* (dir), *The handbook of social studies in health and medicine*, London, Sage Publications, 545 p.
- Charpentier, M. et M. Soulières (2007). « Pouvoirs et fragilités du grand âge », *Nouvelles pratiques sociales*, 19 (2) : 128-143.
- Chatfield, K. (2007). « In pursuit of evidence » UK, The Society of Homeopaths, www.homeopathy-soh.org
- Chatwin, J. (2008). « Pre-empting 'trouble' in the homoeopathic consultation », *Journal of Pragmatics*, 40 : 244-256.
- Chaufferin G. *et al.* (2002). « Medicoeconomic assessment of treatment of recurrent acute rhinopharyngitis in 18-month-old to 4-year-old children by general practitioners », *Proceedings Journées de l'Institut Boiron* 87-8.
- Chevalier, S. et N. Kishchuk (1996). *L'évolution de l'utilisation des services de médecines alternatives au Québec*, Direction de la santé publique, RRSSS Montréal-Centre, 11 p.
- Choffat, F. (1993). *L'homéopathie au chevet de la médecine? Essai pour un nouveau débat*, Paris, Éditions du Cerf.

- Christie, EA. et AT. Ward (1996). "Report on NHS practice-based homeopathy project. Analysis of effectiveness and cost of homeopathic treatment within ad GP practice at St Margaret's Surgery, Bradford on Avon, Wilts", *The Society of Homeopaths*, ISBN 1 901262 006.
- Clair, M. et al. (2000). *Les solutions émergentes, Rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Ministère de la Santé et des services sociaux, Québec, 408 p.
- Cloutier, A. et G. Dubois (2003). *Élaboration d'un profil de compétences pour les homéopathes du Québec*, Trois-Rivières, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 141 p.
- Clover, A. (2000). « Patient benefit survey : Tunbridge Wells Homoeopathic Hospital », *British Homeopathic Journal*, 89 (2) : 68-72.
- Clover, A. et D. Ratsey (2002). « Homeopathic treatment of hot flushes : a pilot study », *Homeopathy*, 91 (2) : 75-79.
- CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie (1991). *Healthcare Professionals in Private Practice in 1990*, Paris, France, National Office of Medical Insurance (CNAM), publication 61.
- CNAMTS Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (1998), *Carnets Statistiques*, Le secteur libéral des professions de santé (07/1998).
- Colin, P. (2000). « An epidemiological study of a homeopathic practice », *British Homeopathic Journal*, 89 (3) : 116-121.
- Colin, P. (2006). *La philosophie de la médecine homéopathique*, Biarritz, Atlantica, 459 p.
- Collectif (1987). « La contribution des recherches qualitatives aux sciences humaines. Débats actuels », dans *Cahiers de recherche sociologique/ L'autre sociologie*, 5 : 2, p. 107-139.
- Collin, J. (1999). "Rationalité et irrationalité à l'origine des mésusages des médicaments", *Actualité et dossier en santé publique*, vol. 27, pp.55-58.
- Collin, J. et al. (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*, Rapport de

- recherche présenté au Conseil de la santé et du bien-être, Université de Montréal, 90 p.
- Collin, J. (2007). « Relation de sens et relations de fonction : risque et médicament », *Sociologie et Sociétés*, 39 (1) : 99-122.
- Collin, J. et al. (dir) (2006). *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 284 p.
- Comaroff, J. et P., Maguire (1981). « Ambiguity and the search for meaning : Childhood leukaemia in the modern clinical context », *Social Science and Medicine*, 15b (2) : 115-123.
- Commission Européenne (1996). *Report to the European Commission directorate general XII : science, research and development. Vol 1 (short version)*, Brussels, European Commission, 16-7.
- Conboy, L. et al. (2005). « Sociodemographic determinants of the utilization of specific types of complementary and alternative medicine : an analysis based on a notionally representative survey sample », *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11 (6) : 977-994.
- Conrad, R. (1992). « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociology*, 18 : 209-232.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society : On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, The John Hopkins University Press, 224 p.
- Conseil Canadien de la Santé (2007). *Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*, Rapport sur les résultats de santé, Conseil Canadien de la Santé, Canada, 58 p.
- Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) (2006).
- Contandriopoulos, AP. (1994). « Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible », *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé*, 1 (1) : 8-26.
- Contandriopoulos, AP. et al. (2003). *L'intégration des soins : concepts et mise en œuvre*, Université de Montréal, Département d'administration de la santé, 13 p.
www.medsp.umontreal.ca/getos/pdf/intgrsoins

- Conte, R. *et al.* (2000). *Théorie des Hautes Dilutions. Application au vivant*, Paris, Éditions Polytechnica, 126 p.
- Cook, T. (1981). *Samuel Hahnemann. The founder of homoeopathic medicine*, Wellingborough, Thorsons Publishers Limited, 192 p.
- Corin, E. (1985). « La santé : nouvelles conceptions, nouvelles images », dans Dufresne, J., F. Dumont et Y. Martin (dir). (1985). *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1245 p.
- Cornillot, P. (1986). « Une coupure épistémologique ? », *Autrement*, 85 : 41-49.
- Côté, Ginette (1987). *Les médecines alternatives au Québec : dynamiques internes et rapports institutionnels*, mémoire de maîtrise en anthropologie, Université Laval, Bibliogr. : f. [78]-85.
- Côté, M-Y. (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*, Ottawa, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Coulter A. *et al.* (1999a)., « Sharing decisions with patients : Is the information good enough ? », *British Medical Journal*, 318 : 318-322.
- Coulter, A. (1999b). « Paternalism or partnership ? », *British Medical Journal*, 319 : 719-720.
- Coulter, HL. (1973). *Science and Ethics in American Medicine, 1800-1914*, Richmond, Californie, North Atlantic Books, 552 p.
- Coulter, HL. (1973b). *Homoeopathic influences in nineteenth-century allopathic therapeutics*, Washington, American Institute of Homeopathy, 83 p.
- Coulter HL. (1975). *Divided legacy. The conflict between homoeopathy and the American Medical Association*, Berkeley, North Atlantic Books, 552 p.
- Coulter, HL. (1980). *Homoeopathic science and modern medicine. The physics of healing with microdoses*, Berkeley, North Atlantic Books, 170 p.
- Coulter, I. (2004). « Integration and paradigm clash. The practical difficulties of integrative medicine », dans Tovey, P. *et al.* (dir) (2004). *The mainstream of complementary and alternative medicine : Studies in social context*, London, Routledge, 180 p.

- Coulter MK. (2008). *Homeopathy for attention deficit/hyperactivity disorder or hyperkinetic disorder*, The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons Ltd, 29 p.
- Council of Europe (1999). *A European approach to non-conventional medicines*, Resolution 1206 (1999).
- Cournoyer, M. (1987). « Une ouverture particulière sur le réel : approche qualitative en santé », dans *Cahiers de recherche sociologique, L'autre sociologie*, vol. 5, no 2 : 153-160.
- Crellin JK. *et al.* (dir) (1998). *Alternative Health Care in Canada : Nineteenth and Twentieth Century Perspective*, Toronto, Canadian Scholars Press, 279 p.
- Cucherat, M., MC. Haugh *et al.* (2000). « Evidence of clinical efficacy of homeopathy. A meta-analysis of clinical trials. HMRAG, Homeopathic Medicines Research Advisory Group », *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, 56 (1) : 27-33.
- Cummings, B. (1998). « Empowering women : homoeopathy in midwifery practice », *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 4 : 13-16.
- Damiani, C. (1995). *La médecine douce, une analyse de pratiques « holistes » en santé*, Montréal, Éditions St-Martin.
- Découverte*, 23 novembre 2003. Reportage. Animé par Charles Tisseyre. Montréal, Radio-Canada.
- De Herdt, N. (2006). *Homeopathy : Growing and very much alive ! Improving the success of homeopathy, global perspective 5*, ECHAMP News, march 2006, <http://www.rlhh.org.uk/conference/index.html>
- Delanoë, D. (1998). « La médicalisation de la ménopause. La pathologisation comme processus de socialisation », dans P. Aïach et D. Delanoë (dir) (1998). *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, pp. 211-251.
- Del Busso, L. (2007). « Embodying feminist politics in the research interview : Material bodies and reflexivity », *Feminism and Psychology*, 17 (3) : 309-315.
- Del Mundo, WF. *et al.* (2002). « Use of alternative medicine by patients in a rural family practice clinic », *Family Medicine*, 34 : 206-212.
- De Lorgeril, M. (2007). *Dites à votre médecin que le cholestérol est innocent, il vous soignera sans médicament*, Vergèze, Thierry Souccar Éditions, 413 p.

- Delvecchio Good, MJ *et al.* (dir) (1992). *Pain as human experience. An anthropological perspective*, Berkeley, University of California Press, 214 p.
- Department of Health (2004). *Choosing health : Making healthy choices easier*, Public Health White Paper, Department of Health, UK, 207 p. <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/>
- Dew, K. et P. Carroll (2007). « Public health and CAM. Exploring overlap, contrast and dissonance », dans J., Adams (éd) (2007). *Researching complementary and alternative medicine*, Routledge, Londres, 153 p.
- Dinges, M. (dir) (2002). *Patients in the history of Homoeopathy*, Sheffield, European Association for the History of Medicine and Health Publications EAHMH, 434 p.
- Dinges, M. (2002). « Men's bodies 'explained' on a daily basis in letters from patients to Samuel Hahnemann (1803-35) », dans M., Dinges (ed), 2002, *Patients in the history of homoeopathy*, EAHMH Publications, Sheffield, 434 p.
- Dingwall, R. et P. Hobson-West (2006). « Litigation and the threat to medicine », dans Kelleher, D., J., Gabe et G., Williams (ed) (2006). *Challenging medicine*, 2nd ed, London, Routledge, pp. 40-61.
- DiQuinzio, P. (1999). *The impossibility of Motherhood : Feminism, Individualism and the problem of mothering*, London, Routledge, 296 p.
- Dixon, M. *et al.* (2000). *Complementary medicine. Information pack for primary care groups*, Department of Health, site web www.doh.gov.uk
- Dolto, F. (1992). *L'image inconsciente du corps*, Paris, Points Essais, 371 p.
- Doyal, L. (2006). « Sex, gender and medicine », dans Kelleher, D., J. Gabe et G. Williams (ed) (2006). *Challenging medicine*, 2nd ed, London, Routledge, pp. 146-161.
- Druss, BG. et RA. Rosenheck (1999). « Association between use of unconventional therapies and conventional medical services », *JAMA*, 282 (7) : 651-656.
- Ducloux, F. (1986). *La consultation en homéopathie*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Paris 13, Bobigny.
- Dubos, R. (1987). *Mirage of health. Utopias, progress and biological change*, éd. De 1996, New Brunswick, Rutgers University Press, 282 p.

- Dufresne, J., F. Dumont et Y., Martin (dir). (1985). *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1245 p.
- Durkheim, E. (1895). *Rules of the sociologica method*, New York, The Free Press.
- Dürr, HP. (2002). « Are biology and medicine only physics ? Building bridges between conventional and complementary medicine », *Bulletin of Science, Technology and Society*, 22 (5) : 338-351.
- Dussault, G. (1985). « Professionnalisation et déprofessionnalisation », dans Dufresne, J., F. Dumont et Y., Martin (dir). (1985). *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 605-616.
- Easthope, G. (1993). « The response of orthodox medicine to the challenge of alternative medicine in Australia », *Australien and New Zealand Journal of Sociology*, 29 (3) : 289-301.
- Ebbesen, J. *et al.* (2001). « Drug-related deaths in a department of internal medicine », *Archives of Internal Medicine*, 161 : 2317-2323.
- Ehrenreich, B. et J. Ehrenreich (1978). « Medicine and social control », dans J., Ehrenreich (ed), *The cultural crisis of modern medicine*, London, Monthly Review Press.
- Eisenberg, DM. *et al.* (1993). « Unconventional Medicine in the United States : Prevalence, cost, and patterns of use, *NEJM*, 328 (4) : 246-252.
- Eisenberg, DM. *et al.* (1998). « Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997; Results of a follow-up national survey », *The Journal of The American Medical Association*, 281 (18) : 1569-1575.
- Eisenberg, D. *et al.* (2001). « Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both : Results from a National survey », *Complementary and Alternative Medicine Series*, 135 : 344-351.
- Eisenberg, D. et TJ. Kaptchuk (2003). « A critical overview of homeopathy », *Ann Intern Med*, 138 : 393-399.
- Elder, NC. *et al.* (1997). « Use of alternative health care by family practice patients », *Archives of Family Medicine*, 6 (2) : 181-184.

Endler, PC. et J. Schulte (dir). (1994). *Ultra High Dilution. Physiology and Physics*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 268 p.

Endrizzi, C. et E. Rossi (2006). « Patient compliance with homeopathic therapy », *Homeopathy*, 95 :206-214.

Entwistle, VA. *et al.* (1998). « Lay perspective : advantages for health research », *BMJ*, 316 : 463-466.

Ernst, E. *et al.* (1995). « Nine possible reasons for choosing complementary medicine », *Perfusion*, 8 : 356-359.

Ernst, E. (2001). « Complementary medicine : its hidden risks », *Diabetes Care*, 24 : 1486-1488.

Esmail, N. (2007). « Complementary and alternative médecine in Canada : Trends in use and public attitudes, 1997-2006 », *Public Policy Sources*, The Fraser Institute, 87 : 1-53.

European Committee for Homeopathy (ECH) (2004). *Towards another model of health and disease*, Bruxelles, ECH-Secreteriat, site web www.homeopathyeurope.org

European Committee for Homeopathy (ECH) (2004b). « Evidence profile for the efficacy of homeopathy – A new paradigm for medical sciences : ‘The body Information theory’ », *ECH General Assembly – XVIII Symposium of GIRI*, november 2004, Scientific report, 35 p.

European Committee for Homeopathy (ECH) (2003). *European Patients forum*, Union Européenne, site internet : <http://www.europeanpatientsforum.org>

European Council for Classical Homeopathy (ECCH) (2007). *ECCH policy in the area of homeopathy research*, second edition, may 2007, Norfolk, UK. <http://www.homeopathy-ecch.org>

European Council for Classical Homeopathy (ECCH) (2005). *An overview of positive research and surveys. The European Network of Homeopathy Researchers*, site internet www.homeopathy-soh.org

European Council for Classical Homeopathy (ECCH) (2006). *The legal situation for the practice of homeopathy in Europe*, A ECCH report, European Council for Classical Homeopathy, www.homeopathy-ecch.org

- Ezzy, D. (2003). *Qualitative analysis : practice and innovation*, London, Routledge, 200 p.
- Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis. The critical study of language*, London, Longman Editions, 265 p.
- Fairfield, KM. *et al.* (1998). « Patterns of use, expenditures, and perceived efficacy of complementary and alternative therapies in HIV-infected patients », *Archives of Internal Medicine*, 158 (20) : 2257-2264.
- Fairhurst, K. et C. May (2001). « Knowing patients and knowledge about patients : evidence of modes of reasoning in the consultation ? », *Family Practice*, 18 (5) : 501-505.
- Fassin, D. (2006). « La biopolitique n'est pas une politique de la vie », *Sociologie et Sociétés*, 38 (2) : 35-48.
- Feinstein, AR. (1994). « Clinical judgment revisited : the distraction of quantitative models », *Annals of Internal Medicine*, 120 : 799-805.
- Feldhaus HW. (1993). « Cost-effectiveness of homeopathic treatment in a dental practice », *Br Homeopath J.*, 82: 22-8.
- Fisher P. (1986). « An experimental double-blind clinical trial in homeopathy », *British Homeopathic Journal*, 75 : 142-147.
- Fisher, P. *et al.* (1989). « Effect of homeopathic treatment on fibrositis (primary fibromyalgia) », *BMJ*, 299 : 365-366.
- Fisher, P. (1995). « The development of research methodology in homeopathy », *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 1 : 168-174.
- Fisher, P. (2005). « Homeopathy and mainstream medicine : a dialogue of the deaf ? », *Wien Med Wochenschr*, 155 (21/22) : 474-478.
- Fisher, P. (2008). « Wellbeing and empowerment : the importance of recognition », *Sociology of Health and Illness*, 30 (4) : 583-598.
- Fisher, S. (1991). « A discourse of the social : medical talk/power talk/oppositional talk ? », *Discourse and society*, vol 2 (2) : 157-182.
- Fitton, D. et G. Bardhan (2006). « The Doncaster Homeopathic Clinic – a narrative », *Simile Newsletter of The Faculty of Homeopathy*, april 2006.

- Flesch, H. (2007). « Silent voices : Women, complementary medicine, and the co-optation of change », *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13 : 166-173.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Bulletin No. 4, New York, Carnegie Foundation.
- Foladori, G. (2005). « The challenge of infectious diseases to the biomedical paradigm », *Bulletin of science Technology Society*, 25 (2) : 145-158.
- Fondation Robert Bosch (2006). *International Workshop on Study Methods in Complementary Medicine*, minutes of the meeting, 20 and 21 april 2006, Stuttgart, Germany, <http://www.igm-bosch.de/f7.htm>
- Fonnebo, V. (2006), « Whole systems presentation summary », *ISCMR Newsletter*, 3 (2) : 4.
- Fonnebo, V. *et al.* (2007). « Researching complementary and alternative treatments – The gatekeepers are at home », *BMC Medical Research Methodology*, 7 : 7-13.
- Forget, C. (1986). *Les médecines douces. Santé nouvelles. Structures nouvelles*, site internet www.agora.qc.ca, dans D. Fournier, 2002, *Les homéopathes du Québec – sur la nécessité de leur reconnaissance professionnelle*, Québec, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, 112 p.
- Forte, L. et IC. Fraiz (2002). « Homoeopathy from the patient's standpoint : an empirical study in the city of Curitiba (Brazil), 1998-99 », dans M., Dingeg (ed), 2002, *Patients in the history of homeopathy*, Sheffield, European Association for the History of Medicine and Health Publications, pp.301-316.
- Forum national sur la santé Vol I et II. (1997). *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier – Volume I et II - Rapports de synthèse et documents de référence, Rapport final*, Santé Canada - Gouvernement du Canada
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/1997-nfoh-fnss-v2/index_f.html
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*, 7^{ème} édition 2003, Quadrige / PUF, Paris, 214 p.
- Foucault, M. (1991). « Governmentality » dans G., Burchell *et al.*, (dir) (1991). *The Foucault effect : Studies in Governmentality*, Hempstead, Harvester Wheatsheaf.

- Fournier, D. (1995). « L'histoire de l'homéopathie au Québec », tiré de Fournier, D. (1993). *Évolution historique de la pensée homéopathique*, Québec, EESHQ.
- Fournier, D. (1998). « À propos de notre reconnaissance sociale », dans *Le Bulletin, Journal du Syndicat Professionnel des Homéopathes du Québec*, FPPSCQ- CSN, Montréal, vol 4, no 3, pp. 10-13.
- Fournier, D. (1999) *Évolution historique de la pensée homéopathique*, Ste-Foy, École d'enseignement supérieur en homéopathie du Québec (EESHQ), 103 p.
- Fournier, D. (2006). « Une étude des bibliographies de Chrétien François Samuel Hahnemann », dans *Revue belge d'homéopathie, Organe trimestriel de la Société Royale Belge d'Homéopathie*, vol. LI, no. 4 (décembre) : 216-243.
- Fournier, D. (2007). « LM or Q ? », dans *Homœopathic Links*, Autumn 2007, vol. 20 : 155-161.
- Fournier, D. (2007b). « L'Organon de 1810. Les mots de Gellert; les fautes d'Arnold », dans *Cahiers du Groupement Hahnemannien du Docteur P. Schmidt*, no.5, quarante-quatrième série : 279-293.
- Fournier, D. (2008). « Friedrich Hahnemann. Contributions à sa biographie, dont une autobiographie inédite », dans *Cahiers du Groupement Hahnemannien du Docteur P. Schmidt*, 22 p. (à paraître).
- Fournier, D. (2009). *Le corpus hahnemannien de langue française. Étude bibliographique de l'oeuvre publique du fondateur de la médecine homéopathique, Christian Friedrich Samuel Hahnemann*, Montréal, 2009 (à paraître).
- Fournier D. et Taillefer A. (2002). *Enquête sur l'homéopathie et les homéopathes chez les organisations membres de la Coalition canadienne de médecine homéopathique (CCMH)*, Québec, 19 p.
- Fournier D. et Taillefer A. (2003). *Témoignages des homéopathes et de leur clientèle sur une évaluation qualitative du traitement médical officiel et homéopathique*, Montréal, Syndicat Professionnel des homéopathes du Québec, 76 p.
- Fournier D., Taillefer A. et al. (2002). *Les homéopathes du Québec – sur la nécessité de leur reconnaissance professionnelle*, Québec, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, 112 p.

- Fox, RC. (2003). « Medical Uncertainty revisited », dans Gary Albrecht *et al*, (dir), *The handbook of social studies in health and medicine*, London, Sage Publications, 545 p.
- Frank, A. (1995). *The wounded storyteller : Body, Illness and Ethics*, Chicago, University of Chicago Press.
- Frank, A. (1997). « Illness as moral occasion : restoring agency to ill people », *Health*, 1 (2) : 131-148.
- Frank, A. (1998). « Stories of illness as care of the self : a Foucauldian dialogue », *Health*, vol 2 (3) : 329-348.
- Frank, R. (2002). « Integrating homeopathy and biomedicine : medical practice and knowledge production among German homeopathic physicians », *Sociology of Health and Illness*, vol.24, no. 6, pp. 796-819.
- Frass, M. M. Linkesch *et al*. (2005). « Adjunctive homeopathic treatment in patients with severe sepsis : a randomized, doubleblind, placebo-controlled trial in an intensive care unit », *Homeopathy*, 94 : 75-80.
- Frass M., C. Dielacher *et al*. (2005). « Influence of potassium dichromate on tracheal secretions in critically ill patients », *Chest*, 127 : 936-941.
- Frass, M. *et al*. (2006). « Asymmetry in *The Lancet* meta-analysis », *Homeopathy*, vol 95 (1), 52-53.
- Frenkel M. et Hermoni D. (2002). « Effects of homeopathic intervention on medication consumption in atopic and allergic disorders », *Altern Ther Health Med* 8: 76-9.
- Freund P. *et al*. (dir). (2003). *Health, illness and the social body*, New Jersey, Prentice Hall, 436 p.
- Freidson, E. (1970). *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Frei, H. *et al*. (2001). « Homeopathy in acute otitis media in children : treatment effect or spontaneous resolution ? », *Br Homeopath J*, 90 : 180-182.
- Frei, H. *et al*. (2005). « Homeopathic treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder : a randomised, double blind, placebo controlled crossover trial », *European Journal of Pediatrics*, 164 : 758-767.

- Friese, K-H. *et al.* (1997). « Homeopathic treatment of otitis media in children : comparisons with conventional therapy », *Int J Clin Pharmacol Ther*, 35 : 296-301.
- Frohlich, K. *et al.* (2001). « A theoretical proposal for the relationship between context and disease », *Sociology of Health and Illness*, 23 (6) : 1776-1797.
- Fulder, S. (1998). « The basic concepts of alternative medicine and their impact on our views of health », *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 4 (2) : 147-158.
- Furler, M.D. *et al.* (2003). "Use of Complementary and Alternative Medicine by HIV- Infected Outpatients in Ontario, Canada", *AIDS Patient Care and STDs*, 17 (4) : 155-168.
- Furnham, A. et C. Smith (1988). « Choosing alternative medicine : comparison of beliefs of patients visiting a general practitioner and a hemeopath », *Social Science and medicine*, 26 (7) : 685-689.
- Furnham, A. et R. Bhagrath (1993). « A comparison of health beliefs and behaviors of clients of orthodox and complementary medicine », *British Journal of Clinical Psychology*, 32 : 237-246.
- Furnham, A. et J. Forey (1994). « The attitudes, behavior and beliefs of patients of conventional vs. Complementary (alternative) medicine », *Journal of Clinical Psychology*, 50 : 458-469.
- Furnham, A. (1999). « Ignorance about homeopathy », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 5 : 475- 478.
- Furnham, A. (2000a). « Attitudes towards homoeopathy in particular and beliefs about complementary medicines in general », *Psychology, Health and medicine*, 5 (3) : 327-342.
- Furnham, A. (2000b). « How the public classify complementary medicine : a factor analytic study » , *Complementary Therapies in Medicine*, 8 : 82-87.
- Furnham, A. (2002a). « Exploring attitudes toward, and knowledge of, homeopathy and CAM through focus groups », *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, vol. 8, issue1 : 42-47.
- Furnham, A. (2002b). « Complementary and alternative medicine », *The Psychologist*, 15(5) : 228-231.

- Furnham, A. et C. Vincent (2003). « Reasons for using Cam », dans M., Kelner, J., Wellman, *et al.*, (dir) (2003). *Complementary and alternative Medicine : Challenge and change*, London, Routledge, pp. 61-78.
- Gabe, J. *et al.* (2006). « Understanding medical dominance in the modern world », dans Kelleher, D., J., Gabe et G., Williams (ed) (2006). *Challenging medicine*, 2nd ed, London, Routledge, pp. xiii-xxxiii.
- Gadamer, (1976). *Vérité et Méthode : Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*, Paris, Le Seuil, 98 p.
- Gandhi, TK. *et al.* (2000). « Drug complications in outpatients », *Journal of General Internal Medicine*, 15 (3) : 149-154.
- Gatchel, RJ. et AM. Maddrey (1998). « Clinical Outcomes Research in Complementary and Alternative Medicine : An overview of experimental design and analysis », *Alternative Therapies and Health*, 4 : 36-42.
- Gaucher, D. *et al.* (1981). « Parler la vie. L'apport des femmes à la sociologie de la santé », *Sociologie et Société*, 13 (2) : 139-152.
- Gaus, W. (1995). « The efficacy of classical homeopathic therapy for chronic headache », *Report Universitätsklinikum Ulm*.
- Gauthier, B. (dir). (1992). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 584 p.
- Gauthier, JR. (2007). *Michel Sarrazin, un médecin du roi en Nouvelle-France*, Québec, Les éditions du Septentrion, 124 p.
- Giacomini, MK. (2001). « Les 'preuves' issues de la recherche qualitative : une route semée d'embûches », *Evidence-Based Medicine*, 6 (1) : 4-6.
- Gibson, RB. *et al.* (1980). « Homeopathic therapy in rheumatoid arthritis : evaluation by double-blind clinical therapeutic trial », *British Journal of Clinical Pharmacology*, 9 : 453-459.
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*, Cambridge, Polity Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity : Self and Society in the late modern age*, Cambridge, Polity Press.

- Goldner, M. (2004). « The dynamic interplay between Western medicine and the complementary and alternative medicine movement : how activists perceive a range of responses from physicians and hospitals », *Sociology of Health and Illness*, 26 (6) : 710-736.
- Goldner, M. (2004b). « Consumption as activism. An examination of CAM as part of the consumer movement in health », dans P. Tovey *et al.* (dir) (2004). *The mainstream of Complementary and Alternative Medicine*, London, Routledge, pp. 11-24.
- Goldstein, MS. Et D. Glik (1998). « Use of and satisfaction with homeopathy in a patient population », *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 4 (2) : 60-65.
- Goulet, D. (2004). « Professionnalisation et monopolisation des soins: le Collège des médecins du Québec 1847-1940 », *Ruptures, revue transdisciplinaire*, 10 (1) : 39-51.
- Gravel, P. (2008). « Les antidépresseurs moins efficaces qu'annoncés : 89% des études ayant révélé des résultats négatifs ou discutables n'ont pas été publiées dans la littérature scientifique », *Le Devoir*, vendredi, 18 janvier, 2008, p. a1.
- Gray, B. (2000). *L'homéopathie enfin prouvée. Médecine du futur et art de guérir*, Paris, Éditions Guy Trédaniel, 207 p.
- Gray, D. (2002). « Deprofessionalising doctors ? The independence of the British medical profession is under unprecedented attack », *British Medical Journal*, 324 (7338) : 627-629.
- Griffith, HR » (1970). *The story of the Queen Elizabeth hospital of Montreal : 1894-1969 seventy-five years of service*, 16 p. <http://internatlibs.mcgill.ca/>
- Grossman, J. et F. Mackenzie (2005). « The randomized controlled trial : gold standard or merely standard ? », *Perspectives in Biology and Medicine*, 48 (4) : 516-534.
- Groupe Multi-Réso (1990). *Le pharmacien et le public*, Sondage pour l'Ordre des pharmaciens du Québec.
- Grzywacz, JG. *et al.* (2005). « Age, race, and ethnicity in the use of complementary and alternative medicine for health self-management. Evidence from the 2002 National Health Interview Survey », *Journal of Aging and Health*, 17 (5) : 547-572.

- Guadagnoli E. et P. Ward (1998). « Patient participation in decision-making », *Social Science and Medicine*, 47 (3) : 329-339.
- Güthlin, C. *et al.* (2004). « Measuring the effects of acupuncture and homeopathy in general practice : An uncontrolled prospective documentation approach », *BMC Public Health*, 4 : 6-19.
- Guillemette, F. (2006). « L'approche de la *Grounded Theory*; pour innover ? », *Recherches Qualitatives*, 26 (1) : 32-50.
- Halm, R-P. (2005). *50 années de recherche expérimentale en homéopathie : maintien de certaines orientations antérieures*, Conférence donnée aux Entretiens de Monaco, sire web : <http://www.entretiens-internationaux.mc/halm.htm>
- Halm, R-P. (2005). *Les médecines non-conventionnelles face à la science : Une nouvelle approche de la santé / L'intelligence du corps*, Conférence prononcée au congrès international des Entretiens de Monaco, site web : www.entretiens-internationaux.mc/français.htm
- Hahnemann, S. (1842). *Doctrine homoeopathique ou Organon de l'art de guérir*, Samuel Hahnemann, traduit de la sixième édition allemande posthume par Pierre Schmidt, Édition Baillière, Paris, 1986.
- Harday, M. (1999). « Doctor in the house : The internet as a source of health knowledge and a challenge to expertise », *Sociology of Health and Illness*, 21 (6) : 820-835.
- Harding, S. (1986). *The Science question in feminism*, New York, Cornell University Press, 271 p.
- Harding, S. (1991). « L'instabilité des catégories analytiques de la théorie féministe (1^{ère} partie et fin) », Première publication en avril 1991. Mise en ligne le mardi 13 juin 2004., 15 pages.
- Harding, S. (dir) (2004). *The feminist standpoint theory reader. Intellectual and political controversies*, London, Routledge, 379 p.
- Harris, P. et R. Rees (2000). « The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population : a systematic review of the literature », *Complementary Therapies in medicine*, 8 (2) : 88-96.

- Harrison, H. *et al.* (1999). « A randomized comparison of homoeopathic, standard care for the treatment of glue ear in children », *Compl Therap Med*, 7 : 132-135.
- Harvey, G. (1997). *Évaluation de la qualité des recherches en homéopathie*, rapport présenté au Conseil d'évaluation des technologies de la santé au Québec, Université du Québec à Montréal.
- Haehl, R. (1922). *Samuel Hahnemann. Sein Leben und Schaffen, 1832*, Leipzig, W. Schwabe, vol. I: 209-211
- Haehl, R. (1992). *Samuel Hahnemann. His life and work*, (vol. I & II), New Delhi, B. Jain Publishers.
- Health Canada (2001). « Introduction », dans *Perspective on complementary and alternative health care : A collection of papers prepared for Health Canada* (pp. ii-iii), Ottawa.
- Hendrickson, D. *et al.* (2006). « Determinants of the use of four categories of complementary and alternative medicine », *Complementary Health Practice Review*, 11 (1) : 3-26.
- Henwood, K. et N. Pidgeon (1995). « Remaking the Link : Qualitative research and the Standpoint Theory », *Feminism and Psychology*, 5 (1) : 7-30.
- Hervet-Mulot, D. (1988). *Les motifs de la consultation en homéopathie*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Besançon, no. 88BESA3050
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness : A socio-psychological approach*, London, Academic Press.
- Hess, DJ. (2004). « Medical modernisation, scientific research fields and the epistemic politics of health social movements », *Sociology of Health and Illness*, 26 (6) : 695-709.
- Higgs, P. (1998). « Risk, governmentality and the reconceptualization of citizenship », dans G., Scambler *et al.* (1998). *Modernity, medicine and health. Medical sociology towards 2000*, London, Routledge, 241 p.
- Hirsch Korn, K.A. et IL. Bourgeault (2005). « Conceptualizing mainstream health care providers' behaviours in relation to complementary and alternative medicine », *Social Science and Medicine*, 61 : 157-170.

- Hirschhorn, KA . (2006). « Exclusive versus everyday forms of professional knowledge : legitimacy claims in conventional and alternative medicine », *Sociology of Health and Illness*, 28 (5) : 533-557.
- Hoggett, P. (2001). « Agency, rationality and social Policy », *Journal of Social Policy*, 30 (1) : 37-56.
- Honda, K. et JS. Jacobson (2005). « Use of complementary and alternative medicine among United States adults : the influence of personality, coping strategies, and social support », *Preventive Medicine*, 40 : 46-53.
- Horton-Salway, M. (2001). « Narrative identities and the management of personal accountability in talk about ME : A discursive psychology approach to illness narrative », *Journal of Health Psychology*, 6 : 247-259.
- Horvilleur, A. (2000). *Homéopathie, la médecine de mes semblables*, site internet : <http://www.homeoint.org/books4/horvsemb/secrets.htm>
- House of Lords (2000). *Science and technology. Sixth Report on Complementary and Alternative Medicine*, Science and technology Committee Publications, 198p.
- Howie, JGR. *et al.* (1999). « Quality at general practice consultations : cross sectional survey », *BMJ*, 319 : 738-743.
- HPRAC (Health Professions Regulatory Advisory Council) (2006). *Regulation of Health Professions in Ontario : New directions*, Toronto, Ontario. www.hprac.org
- Hunt, S. et J. McEwen (1980). « The development of a subjective health indicator », *Sociology of health and Illness*, vol. 2 (3) : 231-246.
- Hyland, ME. et GT. Lewith (2002). « Oscillatory effects in a homeopathic clinical trial : an explanation using complexity theory, and implications for clinical practice », *Homeopathy*, 91 (3) : 145-149.
- Illich, I. (1975). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Éditions du Seuil, 217 p.
- Illich, I. (1990). *Health as one's own responsibility – No, thank you !*, Bremen, Allemagne, site www.pudel.uni-bremen.de
- INCC Institut national du cancer du Canada (2008). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2008. Le cancer au Canada : les faits en bref*, Société canadienne du cancer, Toronto, 5 p.

- Ingliss, B. et R. West (1983). *The alternative health guide*, London, Michael Joseph.
- IRSC (2006). *Le système de soins de santé*, Instituts de recherche en santé du Canada, www.irsc-cihr.ca
- Itamura, R. (2007). « Effect of homeopathic treatment of 60 Japanese patients with chronic skin disease », *Complementary Therapies in Medicine*, 15 : 115-120.
- Jacobs, J. (1994). « Treatment of acute childhood diarrhoea with homeopathic medicine : a randomized clinical trial in Nicaragua », *Pediatrics*, 93 : 719-725.
- Jacobs, J. et al. (1998). « Patients characteristics and practice patterns of physicians using homeopathy », *Archives of Family Medicine*, 7 : 537-540.
- Jacobs, J. et al. (2000). « Acute childhood diarrhoea – A replication », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 6 : 131-139.
- Jacobs, J. et al. (2001). « Homeopathic treatment of acute otitis media in children : a preliminary randomized placebo-controlled trial », *Pediatr Infect Dis J*, 20 : 177-183.
- Jain A. (2003). « Does homeopathy reduce the cost of conventional drug prescribing? A study of comparative prescribing costs in general practice », *Br Homeopath Journal*, 92: 71-6.
- Jansen, G. et T. Koster (1995). « Complaints and diagnoses in homeopathic practice : a tentative stock-taking », *Br Homeopath Journal*, 84 (3) : 140-143.
- Jasen, P. (1999). « Maternalism and the homeopathic mission in late-victorian Montreal », *Canadian Bulletin of Medical History*, 16 : 293-315.
- Jaunais, A. (2007). « La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient », *Sciences Sociales et Santé*, 25 (2) : 67-72.
- Jodelet, D. (2006). « Culture et pratiques de santé » *Nouvelle Revue de Psychologie*, no 1 : 219-239, tiré du site <http://classiques.uqac.ca/>
- Jonas, WB. (1998). « Alternative medicine – learning from the past, examining the present, advancing to the future », *Journal of the American Medical Association*, 280 (18) : 1616-1617.

- Jonas, BW. (2002). « Policy, the public, and priorities in alternative medicine research », *The annals of the American Academy of Political and Social Science*, 583(29-43).
- Jonas, BW. (2000). « The social dynamics of medical pluralism », dans Kelner, M., J., Wellman, *et al*, (dir) (2003). *Complementary and alternative Medicine : Challenge and change*, London, Routledge, 259 p.
- Jonas, J. *et al*. (2001). « Homeopathic treatment of acute otitis media in children : a preliminary randomized placebo-controlled trial », *Pediatr Infect Dis J*, 20 : 177-183.
- Jonas, BW. (2001). « The evidence house : How to build an inclusive base for complementary medicine », *West J Med*, 175 : 79-80.
- Jonas, W. *et al*. (2003). « A critical overview of homeopathy », *Ann. Inter. Med.*, vol. 138, no. 5, pp. 393-399.
- Jones, A. (2003). « A homeopathic treatment for premenstrual symptoms », *J Fam Repro Health Care*, 29 (1) : 6-7.
- Justo, CMP et MHA. Gomes (2008). « Conceptions of health, illness and treatment of patients who use homeopathy in Santos, Brazil », *Homeopathy*, 97 : 22-27.
- Jütte, R. (2006). *The hidden roots : A history of homeopathy in northern, central and eastern europe*, Stuttgart, Institute for the History of Medicine of the Robert Bosch Foundation, 91 p.
- Kaplan, A. (1964). *The Conduct of Inquiry: Methodology for Behavioral Science*. San Francisco, Chandler Publishing Company, 428 p.
- Kaplan, SH. *et al*. (1989). « Assessing the effects of physician-patient interaction on the outcomes of chronic disease », *Medical Care*, 27 : S110-S127.
- Kaptchuk, TJ. (1998). « Intentional ignorance : A history of blind assessment and placebo controls in medicine », *Bulletin of the History of Medicine*, 72 (3) : 389-433.
- Kaptchuk, TJ. et DM. Eisenberg (2001). « Varieties of healing 1 : Medical Pluralism in the United States », *Ann Intern Med*, 135 : 189-195.
- Kaptchuk, TJ. et DM. Eisenberg (2001b). « Varieties of healing 2 : A taxonomie of Unconventional healing practices », *Ann Intern Med*, 135 : 196-204.

- Katz, T. (1995). « The management of pregnancy and labour with homoeopathy », *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 1 : 159-164.
- Kaufman, M. (1971). *Homeopathy in America, the rise and fall of a medical heresy*, Baltimore, John Hopkins Press, 205 p.
- Kayne, SB. (1997). *Homoeopathic pharmacy. An introduction and handbook*, London, Churchill Livingstone, 236 p.
- Keil, T. *et al.* (2008). « Homoeopathic versus conventional treatment of children with eczema : A comparative cohort study », *Complementary Therapies in Medicine*, 16 : 15-21.
- Kelleher, D., J., Gabe et G., Williams (ed) (2006). *Challenging medicine, 2nd ed*, London, Routledge, 189 p.
- Kelner, M. et J. Wellman (1997). « Who seek alternative health care ? A profile of the users of five modes of treatment », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 3 : 127-140.
- Kelner, M. et J. Wellman *et al.* (dir) (2003). *Complementary and alternative Medicine : Challenge and change*, London, Routledge, 259 p.
- Kelner, M. et B. Wellman (2003). « Complementary and Alternative Medicine : How do we know if it works ? », *Healthcare Papers*, 3 (5) : 10-28.
- Kelner, M., B., Wellman *et al* (2004). «The role of the state in the social inclusion of complementary and alternative medical occupations», *Complementary Therapies in Medicine*, 12: 79-89.
- Kelner, M. (2005). *The Status of CAM: Where Are We Now?*, Keynote address at the ACHRN Conference, University of Nottingham, UK, June 29, site internet <http://www.utoronto.ca/CAMlab/publications/index.html>
- Kelner, M. *et al* (2006). « How far can complementary and alternative medicine go ? The case of chiropractic and homeopathy », *Social Science and Medicine*, 63 (10) : 2617-2627.
- Kenyon, JN. (1993). « Hyperactivity : a consideration of the alternatives », *Complementary Therapies in Medicine*, 1 : 78-80.
- Kent, JT. (1985). *La science et l'art de l'homoeopathie, 1900*, traduction de P. Schmidt, 3^{ème} édition, Paris, Maisonneuve, 520 p.

- Kessler, RC. *et al.* (2001). « Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States », *Annals of Internal Medicine*, 135 : 262-268.
- Khun, T. (1983). *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion.
- Kim, LS. *et al.* (2005). « Treatment of seasonal Allergic rhinitis using homeopathic preparation of common allergens in the Southwest region of the US : A randomized controlled clinical trial », *Ann Pharmacother*, 39 (4) : 617-624.
- Kitai, E. *et al.* (1998). « Use of complementary and alternative medicine among primary care patients », *Family Practice*, 15 (5) : 411-414.
- Kleijnen, J. *et al.* (1991). « Clinical trials of homeopathy », *British Medical Journal*, 302: 316-323.
- Klimenko, PM. (1999). « Homeopathic therapy of chronic prostatitis among liquidators of the accident at the Chernobyl atomic power station », *Biomedical Therapy*, 17 (4) : 147-148.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, New York, Basic Books Inc Publishers, 284 p.
- Koithan, M. *et al.* (2007). « Patients' experiences and perceptions of a Consultation Model Integrative Medicine Clinic : A qualitative study », *Integrative Cancer Therapies*, 6 (2) : 174-184.
- Konitzer, M. et O. Bahrs (1998). « Semiotic and interactive quality and the homeopathic concept of simile », *Patient Educ Counseling*, 34 : S69.
- Konitzer, M. *et al.* (2003). « Homeopathic remedies as metaphors in family therapy. A narrative-based approach to homeopathy », *Homeopathy*, 92 : 77-83.
- Lachance, L. *et al.* (2006). « Delphi process for developing a common epidemiologic core for complementary and alternative medicine (CAM) prevalence », *North American Research Conference on Complementary & Integrative medicine - 2006*, http://www.bridgehealth.com/cahc_content/
- Laerum, E. *et al.* (1985). « [Who goes to homeopath? Why, with which complaints and what is done ?] 'Hvem går til homöopat?' », *Tidsskr Nor Loegeforen*, 105 : 2478-2482.
- Lagache, A. (1988). *Échos du sensible*, Paris, Alpha Bleue.

- Lagache, A. (1997a). « What is information? From matter towards meaning », dans *Signal and images*, M. Bastide éd., Kluwer Academic Publisher, Dordrecht.
- Lagache, A. (1997b). « Notes on the conceptual basis of Science. Looking for the idea of mediation, and its tradition », dans *Signal and Images*, M., Bastide, (ed) (1997). Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, ISBN 0-7923-5051-0, pp. 269-279.
- Lamont, J. (1998). « Homoeopathic treatment of attention deficit hyperactivity disorder », *British Homoeopathic Journal*, 86 : 196-200.
- Lannoye, P. (1997). *Rapport sur le statut des médecines non conventionnelles*, Commission de l'environnement, de la santé publique et la protection des consommateurs, Parlement européen, A4-0075/97, mars 1997.
- Lannoye, P. (2002). *Les médecines non conventionnelles et le Parlement Européen*, <http://www.entretiens-internationaux.mc/lannoye.htm>
- Lanteigne, J. (2001). *Répertoire de sites sur la réforme de la santé*, site Internet : agora.qc.ca
- Laperrière, A. (1997a). « Les critères de scientificité des méthodes qualitatives », dans J. Poupard *et al.* (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaëtan Morin, 405 p.
- Laperrière, A. (1997b). « La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées », dans J. Poupard *et al.* (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville, Gaëtan Morin, 405 p.
- Laplantine, F. (1992). *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 411 p.
- La Presse (2001). *Offensive des grands journaux médicaux contre les diktats des laboratoires*, Actualités, lundi, 10 septembre 2001, p. A5.
- Latzel, J. (1989). *Homöopathische Therapie im Erleben des Patienten (La thérapie homéopathique dans le vécu des patients)*, Thèse de doctorat en médecine, Université d'Albert-Ludwigs, Freiburg, Allemagne.
- Launois, R. et J. Reboul-Marty (1995). « La Qualité de Vie : Approche psychométrique et approche Utilité – Préférence », *Cardioscopies*, 34: 673-678.

- Launois, R. (1994). « La prise en compte des préférences des patients dans les choix de santé individuels et collectifs », *Revue Épidém Et Santé Publ*, 42 : 246-262.
- Launso, L. *et al.* (2007). « Expectations and effectiveness of medical treatment and classical homeopathic treatment for patients with hypersensitivity illnesses – One year prospective study », *Homeopathy*, 96 : 233-242.
- Laurin-Frenette, N. (1981). « Les femmes dans la sociologie », *Sociologie et Société*, 13 (2) : 3-18.
- Laws, S. (1990). *Issues of blood : The politics of menstruation*, Basingstoke, Macmillan, 240 p.
- Lawton, J. (2003). « Lay experiences of health and illness : past research and future agendas », *Sociology of Health and Illness*, 25 : 23-40.
- Lazarou, J. *et al.* (1998). « Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients – A meta-analysis of prospective studies », *Journal of the American Medical association*, 279 : 1200-1205.
- Le Bossé, Y. (2003). « De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2) : 30-51.
- Le Devoir (2006). « Rapport de l'Economic Policy Institute. Le système de santé américain : onéreux et peu efficace », *Le Devoir*, mercredi, 26 juillet, p. a4.
- Lee, AC. et KJ. Kemper (2000). « Homeopathy and naturopathy : practice characteristics and pediatric care », *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154 (1) : 75-80.
- Lemay, L. (2007). « L'intervention en soutien à l'empowerment : Du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide », *Nouvelles pratiques sociales*, 20 (1) : 165-180.
- Le Robert (2000). *Dictionnaire historique de la langue française*, sous la direction de A., Rey, Paris, Dictionnaires Le Robert, (2 volumes).
- Lévesque, JF. *et al.* (2007). *Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne ?*, Agence de la santé et des services Sociaux de Montréal / Direction de Santé publique, Gouvernement du Québec, site internet : www.santepub-mtl.qc.ca/ESPSS/production.html

- Lévesque, L. (2002). « Le taux de résistance aux antibiotiques remonte », *Le Devoir*, 30 janvier 2002, p. a5.
- Levin, JS. *et al.* (1997). « Quantitative methods in research on complementary and alternative medicine. A methodological manifesto », *Med Care*, 35 (11) : 1079-1094.
- Levin, LS. (1986). « La prise en charge de soi par soi : la base des soins de santé », *Les Médecines Douces et le système de santé Québécois. Le rapport de l'Agara*, Montréal, Les Éditions de L'Agora, p. 107-126.
- Levinson, R. (1998). « Issues at the interface of medical sociology and public health », dans G., Scambler, P., Higgs (dir) (1998). *Modernity, medicine and health. Medical sociology towards 2000*, London, Routledge, 241 p.
- Lewith, G. et D. Aldridge (ed) (1993). *Clinical research methodology for complementary therapies*, London, Singular Publishing Group, 486 p.
- Lewith, G. *et al.* (2002). « Do Attitudes towards and beliefs about Complementary Medicine affect treatment outcomes ? », *American Journal of Public Health*, 92 (10), 1604-1606.
- Lewith, G. *et al.* (ed) (2002). *Clinical research in complementary therapies. Principles, problems and solutions*, Churchill Livingstone, 376 p.
- Lewith, GT. *et al.* (2003). « Complementary Medicine : Evidence base, competence to practice and regulation », *Clinical Medicine*, 3 : 235-240.
- Lewith, G. (2005). « Complementary Medicine Research Unit » *eCAM*, 2 (3) : 399-407.
- Lewith, G., M. Verhoef *et al.* (2006). « Developing CAM research capacity for complementary medicine », *eCAM*, 3 (2) : 283-289.
- Lewith *et al.*, (2006). « Whole Systems Research in cancer care – Report of meeting in Tromsø (Sommarøy), 14-16 september 2005 », *Complementary Therapies in Medicine*, 14 : 157-164.
- Linde, K. *et al.* (1994). « Critical Review and Meta-Analysis of serial agitated dilutions in experimental toxicology », *Human and experimental toxicology*, 13 : 481-492.
- Linde K. *et al.* (1997). « Clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analyses of placebo-controlled trials », *The Lancet*, 350: 834-843.

- Linde, K. et D. Melchart (1998). « Randomized controlled trials of individualized homeopathy : a state-of-the-art review », *J Alter Complement Med*, 4 : 371-88.
- Linde, K. et A. Jobst (1999). « Homeopathy for chronic asthma », *The Cochrane Library*, Issue 2 : 1-12.
- Lindendaum, S. et M. Lock (1993). *Knowledge, Power and Practice : The anthropology of medicine and everyday life (Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*, Berkeley, University of California Press, 428 p.
- Little, P. *et al.* (2001). « Preferences of patient for patient centred approach to consultation in primary care : observational study », *BMJ*, 322 : 468-475.
- Lock, M. (1988). *Biomedicine examined*, Netherlands, Kluwer Academic Publishers, 558p.
- Lock, M. (1993). « The politics of Mid-Life and Menopause : Ideologies for the second sex in North America and Japan », dans Lindendaum, S. et M. Lock (1993). *Knowledge, Power and Practice : The anthropology of medicine and everyday life (Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*, Berkeley, University of California Press, pp. 330-363.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, Éditeur officiel du Québec (1998).
- Long, B. (2005). *Corps médical : corps objet, corps parlés, corps vécu, corps vivant*, Conférence prononcée au Congrès International des Entretiens de Monaco, site web : www.entretiens-internationaux.mc/français.htm
- Lorenz, L. *et al.* (2003). "Sensitive flow cytometric method to test basophil activation influenced by homeopathic histamine dilutions", *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*, vol.10, no. 6: 316-324.
- Lorig, K. (2002). « Partnerships between expert patients and physicians », *Lancet*, vol 359 : p. 814-815.
- L.R.Q. (1994). *Loi médicale*, chapitre M-9, www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca
- Lüdtke, R. (2007). « Confession of a researcher : Are we guilty of reviewing homeopathy to the point of irrelevance ? », *Complementary Therapies in Medicine*, 15 :155-156.

- Luff, D. et J. Thomas (2000). « 'Getting somewhere', feeling cared for : patients' perspectives on complementary therapies in the NHS », *Complementary Therapies in Medicine*, 8 : 253-259.
- Lupton, D. (1992). « Ideology and health reporting », *Media Information Australia*, 65 : 28-35.
- Lupton, D. (1993). « Risk as moral danger : the social and political function of risk discourse in public health », *International Journal of Health Services*, 23(3) : 425-435.
- Lupton, D. (1994). « 'The great debate about cholesterol' : Medical controversy and the news media », *ANZJS*, 30 (3) : 334-339.
- Lupton D. (1995). *The imperative of health : Public Health and the regulated body*, London, Sage publications.
- Lupton, D. et J. McLean (1998). « Representing doctors : discourses and images in the Australian press », *Social Science and Medicine*, 46 (8) : 947-958.
- Lupton, D. (1999). *Risk*, London, Routledge, 184 p.
- Lupton, D. (1999b). « Health, illness and medicine in the media », *Health*, 3 (3) : 259-262.
- Lupton, D. (2000). "The social construction of medicine and the body", dans Gary Albrecht *et al.* (dir) (2000). *The handbook of social studies in health and medicine*, London, Sage Publications, 545 p.
- Lupton, D. (2003). *Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies*, London, Sage Publications, 202 p.
- MacLennan, AH. *et al.* (1996). « Prevalence and cost of alternative medicine in Australia », *The Lancet*, 37 : 569-573.
- MacLennan, AH. *et al.* (2002). « The escalating cost and prevalence of alternative medicine », *Preventive Medicine*, 35 : 166-173.
- Magny, JC. *et al.* (2009). *Pour une approche intégrée en santé. Vers un nouveau paradigme*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, Collection Santé et Société, 131 p. ISBN 978-2-7605-1589-5

- Maisonneuve, D. (2000). « Impact de la médiatisation de la recherche médicale sur les décideurs du réseau de la santé » dans *L'impact de la médiatisation de la recherche médicale sur les décideurs publics*, Association des hôpitaux du Québec, Montréal.
- Maizes, V. et O. Caspi (1999). « The principles and challenges of integrative medicine. More than a combination of traditional and alternative therapies », *Western Journal of Medicine*, 171 : 148-149.
- Makich, L. et al. (2007). « Management of depression by homeopathic practitioners in Sydney, Australia », *Complementary Therapies in Medicine*, 15 : 199-206.
- Manning, C. et L. Vanrenen (1988). *Bioenergetic Medicines East and West : Acupuncture and Homoeopathy*, Berkeley, North Atlantic Books.
- Martel, P. (1992). *Les thérapies alternatives face au monopole médical*, édition électronique de 1998 d'un ouvrage précédent révisé et mis à jour : *Attention santé – La place des thérapies alternatives dans le système de santé*, Boucherville, Éditions de Mortagne, 318 p.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*, Québec , Gaëtan Morin Éditeur, 499 p.
- Massé, R. (1997). « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et Société*, vol 21 (1) : 53-72.
- Mathie, RT. (2003). « The research evidence base for homeopathy : a fresh assessment of the literature », *Homeopathy*, 94 : 84-91.
- Mathie, RT. (2003b). « Clinical outcomes research : contributions to the evidence base for homeopathy », *Homeopathy*, 92 : 56-57.
- May, KA. (1996). « Diffusion, dilution, or distillation ? : The case of grounded theory method », *Qualitative Health Research*, 6 (3) : 309-311.
- May, C. et D. Sirur (1998). « Art, science and placebo : incorporating homeopathy in general practice », *Sociology of Health and Illness*, 20 (2) : 168-190.
- Mayer, R. et M-C. Saint-Jacques (2000). « L'entrevue de recherche », dans R., Mayer et al. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Montréal, Gaëtan Morin, 409 p.
- Maynard, A. (1997). « Evidence-based medicine : an incomplète method for informing treatment choices », *Lancet*, 349 : 126-128.

- McClean, S. et A. Shaw (2005). « From schism to continuum ? The problematic relationship between expert and lay knowledge – An exploratory conceptual synthesis of two qualitative studies », *Qualitative Health Research*, 15 (6) : 729-749.
- McElroy, A. et MA. Jezewski (2003). « Cultural variation in the experience of health and illness », dans Albrecht G. L., Fitzpatrick R. et Scrimshaw S. C. (dir) (2003). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage Publications, pp. 191-209.
- McGuire, M. (1995). « Alternative Therapies : The meaning of bodies in knowledge and practice », H., Johannesse, *et al.* (ed) (1995). *Studies in Alternative Therapy 2. Body and nature*, Denmark, INRAT Odense University Press, 157 p.
- McGregor, KJ. Et ER. Peay (1996). « The choice of alternative therapy for health care : testing some propositions », *Social Science and Medicine*, 43 (9) : 1317-1327.
- McIntosh, CDD. et GA Ogunbanjo (2008). « Why do patients choose to consult homeopaths ? An exploratory study », *SA Family Practice*, 50 (3) : 69-69c.
- Mead, N. *et al.* (2002). « The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement », *Social Science and Medicine*, 55 (2) : 283-299.
- Meeker, W. (2001). « 'Integration' – The new buzzword », *Dynamic Chiropractic*, 19 (7), site Internet www.chiroweb.com
- Menniti-Ippolito, F. *et al.* (2002). « Use of unconventional medicine in Italy : a nation-wide survey », *Eur J Clin Pharmacol*, 58 : 61-64.
- Ménoret, M. (2007). « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences Sociales et Santé*, vol 25 (1) : 34-54.
- Ménoret, M. (2007b). « Le risque de cancer du sein en France : un mode unique de prévention », *Sociologie et Sociétés*, 29 (1) : 145-160.
- Mercer, SW. *et al.* (2002). « The importance of empathy in the enablement of patients attending the Glasgow Homoeopathic Hospital », *British Journal of General Practice*, 52 : 901-905.

- Mercer, SW. et D. Reilly (2004). « A qualitative study of patient's views on the consultation at Glasgow Homoeopathic Hospital, an NHS integrative complementary and orthodox medical care unit », *Patient Education and Counseling*, 53 :13-18.
- Micozzi, MS. (2001). *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine*, New York, Churchill Livingstone.
- Miettinen, OS. (2001). « The modern scientific physician : Can practice be science? », *JAMC*, 165 (4) : 441-442.
- Milgrom, LR. (2004). "Patient-practitioner-remedy (PPR) entanglement, part 4. Toward classification and unification of the entanglement models in homeopathy", *Homeopathy*, 93: 34-42.
- Milgrom, LR. (2004). « Patient-practitioner-remedy (PPR) entanglement. Part 5. : Can homeopathic remedy reactions be outcomes of PPR entanglement ? » *Homeopathy*, 93 : 94-98.
- Millar, WJ. (1997). « Use of alternative health care practitioners by Canadians », *Canadian Journal of Public Health*, 88 (3) : 154-158.
- Millar, WJ. (2001). « Patterns of use – Alternative health care practitioners », *Health Reports*, 13 : 9-21.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1992). *Enquête sur les thérapies alternatives pour le ministère de la Santé et des Services sociaux*, Groupe Multi Résol.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, (MSSS) (1998). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., chapitre S-4.2, Éditeur officiel du Québec, 1998.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2001). *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Direction des communications.
- Mishler, EG. (1981). « Viewpoint : Critical perspectives on the biomedical model », dans Mishler, EG. *et al.* (ed) (1981). *Social contexts of health, illness and patient care*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Mishler, EG. (1984). *The discourse of medicine, The dialectics of medical interviews*. Norwood, Ablex Editions.

- Mitzdorf, U. *et al.* (1999). « Why do patients seek treatment in hospitals of complementary medicine ? », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 5, 463-473.
- Moulin, M. (1986). « Le recours aux médecines parallèles: une contre-légitimité de la pensée occidentale », *Sciences Sociales et Santé*, IV, 2: 88-107.
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Collin, 275 p.
- Muscari-Tomaioli, G. *et al.* (2001). « Observational study of quality of life in patients with headaches, receiving homeopathic treatment », *British Homeopathic Journal*, 90 : 189-197.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)
<http://nccam.nih.gov/health/whatisacam/>
- Nettleton, S. (1995). *The sociology of Health and Illness*, Cambridge, Polity Press.
- Noël, A. (2005). « Homéopathie et placebo auraient la même efficacité », *La Presse*, 26 août, p. A1.
- Oberbaum M. *et al.* (2005). « Homeopathy in emergency medicine », *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 155 : 491-497.
- O'Connor, B. (2003). « Conceptions of the body in complementary and alternative medicine », dans M., Kelner, J., Wellman *et al.* (dir) (2003). *Complementary and alternative Medicine : Challenge and change*, London, Routledge, 259 p.
- Oldendick, R. *et al.* (2000). « Population-based survey of complementary and alternative medicine usage, patient satisfaction, and physician involvement », *Southern Medical Journal*, 93 : 375-381.
- Ong, CK. *et al.* (2002). « Health status of people using complementary and alternative medical practitioner services in 4 english countries », *American Journal of Public Health*, 92 (10) : 1653-1656.
- Ong, LML. *et al.* (1995). « Doctor-patient communication : a review of the literature », *Social Science and Medicine*, 40 (7) : 903-918.
- Ordre des Pharmaciens du Québec (1993). *Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales à propos des thérapies alternatives*, Montréal, Ordre des pharmaciens du Québec.

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1998). *Santé 21. La santé pour tous au XXIème siècle*, Organisation Mondiale de la Santé, Série européenne de la Santé pour tous, no. 5, 38 p.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2002). *Stratégie de L'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 65 p.
- Ostrow, MJ. *et al.* (1997). « Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents », *Journal of Acquired Immune deficiency Syndrome and Human retrovirology*, 15 (2) : 115-120.
- Owens, JE. *et al.* (1999). « Complementary and Alternative Medicine and psychologic factors : toward an individual differences model of complementary and alternative medicine use and outcomes », *J Altern Complementary Med.* 5 : 529-541.
- Paramore, LC. (1997). « Use of alternative therapies : estimates from the 1994 Robert Wood Johnson Foundation National Access to Care Survey », *Journal of painful symptom management*, 13 : 83-89.
- Parkin, F. (1979). *Marxism and class theory : A bourgeois critique*, dans M., Kelner, J., Wellman, *et al.*, (dir), 2003, *Complementary and alternative Medicine : Challenge and change*, London, Routledge, 259 p.
- Parkman, C. (2005). « Women's preferences for complementary and alternative health care », *The case manager*, 16 (6) : 36-39.
- Parrocchia, D. (1997). *Les grandes révolutions scientifiques du XXème siècle*, Paris, PUF, 434 p.
- Patel, MS. (1987). « Evaluation of holistic medicine », *Social Science and Medicine*, 24 (2) : 169-175.
- Paterson, C. (1996). « Measuring outcomes in primary care : a patient generated measure, MYMOP, compared with the SF-36 health Survey », *BMJ*, 312 : 1016-1020.
- Paterson, C. et N. Britten (1999). « 'Doctor can't help much' : the search for an alternative », *British Journal of General Practice*, 49 : 626-629.

- Paterson, C. (2003). *Consumer involment in research into complementary and alternative therapies*, Medical Research Council, Health Services Research Collaboration, Bristol, 25 p.
- Paterson, C. (2004). « 'Take small steps to go a long way' consumer involvement in research into complementary and alternative medicine », *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10 : 150-161.
- Paterson C. (2004b). « Seeking the patient's perspective: A qualitative assessment of EuroQol, COOP-WONCA charts and MYMOP », *Quality of Life Research* , 13:871-881.
- Paterson, C. (2005). « How to involve consumers in your research team », *Complementary Therapies in Medicine*, 13 : 61-64.
- Pawluch, D. *et al.* (1994). « Alternative therapy use among people living with HIV/AIDS », *Health and Canadian Society*, 2 (1) : 63-83.
- Peschier, CG. (1831). *Avant-propos*, in *Exposition systématique des effets pathogénétiques purs de tous les remèdes mis jusqu'à ce jour en expérience*, Genève et Paris, Abraham Cherbuliez, 1833, p.IV-VI.
- Petersen, A. et R. Bunton (ed). (1997). *Foucault, Health and Medicine*, London, Routledge.
- Pilkington, K. *et al.* (2005). « Homeopathy for depression : a systematic review of the research evidence », *Homeopathy*, 94 : 153-163.
- Pinell, P. (1996). « Modern medicine and the civilizing process », *Sociology of Health and Illness*, 18 (1) : 1-16.
- Pirmohamed, M. *et al.* (2004). « Adverse drug reactions as cause of admission to hospital : prospective analysis of 18 820 patients », *British Medical Journal*, 329 (7456) : 15-9.
- Pittler, MH. Et AR. White (1999). « Efficacy and effectiveness », *Focus Altern Complement Ther*, 4 : 109-110.
- Poitevin, B. (1987). *Le devenir de l'homéopathie. Éléments de théorie et de recherché*, Paris, Éditions Doin, 257 p.

- Popay, J. *et al.* (2003). « Beyond 'beer, fags, egg and chips'? Exploring lay understandings of social inequalities in health », *Sociology of Health and Illness*, 25 : 1-23.
- Popay, J. et G. Williams (1996). « Public health research and lay knowledge », *Social Science and Medicine*, vol 42, (5) : 759-768.
- Popowski, P. (2004). *L'homéopathie : relations entre les recherches actuelles et la pratique médicale et pharmaceutique. Quel discours pour le médecin*, Les Entretiens du Carla, Pierre Fabre, www.entretiens-du-carla.com
- Poupart, J. *et al.* (1997). *La recherche qualitative. Diversité des champs et des pratiques au Québec*, Boucherville, Gaëtan Morin.
- Pourtois, J.-P. et H. Desmet (1997). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines* (2e éd.), Sprimont, Mardaga Éditeur.
- Prior, L. (2003). « Belief, knowledge and expertise : The emergence of the lay expert in medical sociology », *Sociology of Health and Illness*, 25 : 41-57.
- Prüll, CR et G. Lewith (2006). *International workshop on study methods in complementary medicine. Minutes of meeting*, Robert Bosh Stiftung, 20 and 21 april, 2006, Stuttgart, Germany, 25 p.
- Quénart, A. et F. Saillant (dir) (1990). *Médecines douces. Quêtes, trajectoires, contrôle*, Revue internationale d'action communautaire, 24 (64) numéro complet consacré aux médecines douces.
- Quénart, A. *et al.* (1990). "Parcours thérapeutiques en médecines alternatives", *Revue internationale d'action communautaire*, 24 (64) : 43-50.
- Quirion, B. et C. Bellerose (2007). « Discours néolibéral d'émancipation dans le champ de l'usage des drogues : réduction des méfaits et empowerment », *Sociologie et Sociétés*, 39 (1) : 29-50.
- Quivy, R. et L. Van Campenhoudt (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 287 p.
- Rabanes, O. et A. Sarembaud (2003). *Dictionnaire des auteurs d'ouvrages d'homéopathie en langue française*, Paris, Éditions Boiron, 307p.

- Rabourdin, S. (1987). *Les besoins et les motivations de l'individu provoquant le recours vers l'acupuncture et l'homéopathie*, Thèse de doctorat en médecine, Université de Lyon, no. 87LY01M220
- Ramakrishnan, AU. et CR. Coulter (2001). *A homoeopathic approach to cancer*, London, Quality Medical Publishing, 198 p.
- Ramsay, C. *et al.* (1999). « Alternative medicine in Canada : use and public attitudes », *Public Policy Sources*, 21, Fraser Institute.
- Rapport de l'Agora (1986). *Les médecines douces et le système de santé québécois*, Ayer's Cliff, Éditions L'Agora.
- Raulet, G. (1995). *Aufklärung. Les Lumières allemandes*, Paris, GF-Flammarion, 503 p.
- Rees, L. et A Weil (2001). « Integrated medicine », *BMJ*, 322 : 119-120.
- Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Montréal Centre, (RRSSS) (1998). *Pour une participation effective à l'amélioration de la santé publique – Rapport sur la reorganisation de la Direction de la santé publique à Montréal*.
- Reilly, DT. *et al.* (1985). « Potent placebo of potency ? A proposed study model with initial findings using homoeopathically prepared pollens in hay fever as a model », *British Homoeopathic Journal*, 74 : 65-75.
- Reilly, DT. *et al.* (1986). « Is homoeopathy a placebo response ? Controlled trial of homoeopathic potency, with pollen in hay fever as a model », *Lancet*, ii : 881-886.
- Reilly, DT. (1988). « 'Are you better?' Clinical judgements of outcome and their implications in Homoeopathy », *Complement Med Res*, Spring;2(3):22-7.
- Reilly, D. *et al.* (1994). « Is evidence for homeopathy reproducible ? », *Lancet*, 344 : 1601- 1606.
- Reilly, DT. (2001). *The evidence for homoeopathy* », Glasgow Homoeopathic Hospital, site web : www.adhom.org.
- Relton, C. et E. Weatherley-Jones (2005). « Homeopathy service in a National Health Service community menopause clinic : audit of clinical outcomes », *Journal of the British Menopause Society*, 11 (2) : 72-73.

- Relton, C. *et al.* (2007). « Patients treated by homeopaths registered with the Society of Homeopaths : A pilot study », *Homeopathy*, 96 : 87-89.
- Richardson, WR. (2001). « Patient benefit survey : Liverpool Regional Department of Homoeopathic Medicine », *British Homeopathic Journal*, 90 (3) : 158-162.
- Riley, D. *et al.* (2001). « Homeopathy and conventional medicine : an outcomes study comparing effectiveness in a primary care setting », *J Alternative and Complementary Medicine*, 7 : 149-159.
- Ritenbaugh, C. *et al.* (2003). "Whole system research: A discipline for studying complementary and alternative medicine", *Alternative Therapies Health Medicine*, 9: 32-36.
- Roberti di Sarsina, P. (2007). « The social demand for a medicine focused on the person : The contribution of CAM to Healthcare and Healthgenesis » *eCAM*, 4 (Si) : 45-51.
- Robinson, T. (2006). « Responses to homeopathic treatment in National Health Service general practice », *Homeopathy*, 95 : 9-14.
- Robinson, A. et S. Cooper (2007). « Trusted information sources : The preferred option for complementary and alternative medicine users », *Complementary Health Practice Review*, 12 (2) : 120-138.
- Robinson, A. *et al.* (2007). « People's choice : complementary and alternative medicine modalities », *Complementary Health Practice Review*, 12 (2) : 99-119.
- Robitaille, JP. (1992). *La reconnaissance sociale d'une pratique médicale, l'homéopathie à Montréal : 1844-1904*, mémoire de maîtrise en histoire, Université du Québec à Montréal.
- Rochon, J. (1975). *La planification dans le domaine de la santé*, conférence prononcée par Jean Rochon, site internet : agora.qc.ca
- Rochon, J. *et al.* (1988). *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 803 p.
- Rôggia, G. (2000). « Complementary and alternative medicine at the crossroads ? » *The Lancet*, 355 : 1343.

- Rose, D. (2001). *Retour sur les méthodologies de recherche féministes : document de travail*, Urbanisation, Culture et Société, Institut national de la recherche scientifique, 55 p.
- Rose, H. (2004). « Hand, brain, and heart : A feminist epistemology for the natural sciences », dans S., Harding (ed). (2004). *The feminist standpoint theory reader. Intellectual and political controversies*, London, Routledge, pp. 67-80.
- Rousseau, N. et al. (1987). « À propos des thérapies douces dans les CLSC », *Santé et Société*, 9 (4) : 11-16.
- Rossouw, JE. et al. (2002). « Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women : principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial », (writing group for the Women's Health Initiative Investigators), *Journal of the American Medical Association*, 288 (3) : 321-333.
- Roter DL. et al. (1991) « Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits » *Med Care*, 29 : 1083-1093.
- Rothstein, W. (1972). *American Physicians in the Nineteenth Century : from Sects to Science*, Baltimore, John Hopkins Press, 363 p.
- Rousseau, N. et al. (1987). « À propos des thérapies douces dans les CLSC », *Santé et Société*, 9 (4) : 11-16.
- Rousseau, N. et al. (1990). *Les thérapies douces au Québec : portrait des praticiennes et praticiens*, Québec, Université Laval, Centre de recherches sur les services communautaires, 308 p.
- Ruddick, S. (2004). « Maternal thinking as a Feminist Standpoint », dans S., Harding (ed). (2004). *The feminist standpoint theory reader. Intellectual and political controversies*, London, Routledge, pp. 161-167.
- Rutherford, A. (Feminist questions, feminist answers : Towards a redefinition », *Feminism and Psychology*, 17 (4) : 459-464.
- Saillant, F. et al. (1987). « Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec », *Santé mentale au Québec*, XII (1) : 20-28.
- Saillant, F. et al. (1990). «Thérapies douces et quête de sens», *Revue internationale d'action communautaire*, 24/64, pp. 63-71.

- Saine, A. (1987). *Homeopathic treatment of Multiple Sclerosis patient*, conférence présentée au Second Annual Session of the Homeopathic Academy of Naturopathic Physicians, Portland, Oregon, avril 25-26. <http://www.homeopathy.ca>
- Saint-Arnaud, P. (2006). « 25 milliards en médicaments en 2005 » *Le Devoir*, 11 mai, p. a1.
- Sajedi, F. *et al.* (2008). « The effect of adding homeopathic treatment to rehabilitation on muscle tone of children with spastic cerebral palsy », *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14 : 33-37.
- Saks, M. (1995). *Professions and the public interest. Medical power, altruism and alternative medicine*, London, Routledge, 316 p.
- Saks, M. (1998). « Medicine and complementary medicine, challenge and change », dans G. Scambler et P. Higgs (dir). *Modernity, medicine and health. Medical sociology towards 2000*, London, Routledge, 241 p.
- Saks, M. (2001). « Alternative medicine and the health care division of labour : present trends and future prospects », *Current Sociology*, 49, 3, 119-34.
- Saks, M. (2003). *Orthodox and Alternative Medicine. Politics, Professionalization and Health Care*, London, Sage.
- Saks, M. (2003). « Professionalization, politics and complementary and alternative medicine », dans M., Kelner, J., Wellman, *et al.* (dir), 2003, *Complementary and alternative Medicine : Challenge and change*, London, Routledge, 259 p.
- Saks, M. (2005). « Improving the research base of complementary and alternative medicine », *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11 : 1-3.
- Saks, M. (2006). « The alternative to medicine », dans D., Kelleher, J., Gabe et G., Williams, 2006, *Challenging medicine*, 2nd edition, London, Routledge, 189 p.
- Samano, E. *et al.* (2005). « Use of complementary and alternative medicine by Brazilian oncologists », *European Journal of Cancer Care*, 14(2) : 143-148.
- Sananés, R. (1999). *La consultation homéopathique*, Paris, Éditions Similia, 248 p.
- Santé Canada (2004). *Règlement sur les produits de santé naturels (PSN) au Canada*, Santé Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur>

- Santé Canada (2005). *Résistance aux antibiotiques*, Santé Canada, Votre santé et vous, 2 p. www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/vet/index
- Saunders, PR. (2003). « Complementary and alternative medicine in Canada : What is the future ? », *Healthcare Papers*, 3(5) : 43-49.
- Savoie-Zajc, L. (1997). « L'entrevue semi-dirigée », dans B., Gauthier (dir), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, Québec, Les Presses de l'Université du Québec, pp. 263-285.
- Scambler, G. et P. Higgs (dir). (1998). *Modernity, medicine and health. Medical sociology towards 2000*, London, Routledge, 241 p.
- Schafer, T. *et al.* (2002). « Alternative medicine in allergies – prevalence, patterns of use and costs », *Allergy*, 57 : 694-700.
- Schiff, M. (1998). *The memory of water : Homoeopathy and the battle of ideas in the new science*, Thorsons Publishers, London, 166 p.
- Schmidt, F. *et al.* (2004). « In-vitro Testung von Homöopathischen Verdünnungen », *Biologische Medizin*, 33: 32-37.
- Schmidt, JM. (2001). *Taschenatlas Homöopathie in wort und Bild. Grundlagen, Methodik und Geschichte (atlas de poche de l'homéopathie, en mots et en images. Bases, méthode et histoire)*, Heidelberg, Haug, 266 p.
- Scholz, F. (1995). *Andere Macht, anderes Wissen. Eine wissensoziologische Untersuchung der Marginalisierung der US-amerikanischen Homöopathie als Beitrag zur politischen Anatomie des Körpers (Une autre force, un autre savoir. Un examen sociologique de la marginalité de l'homéopathie américaine et sa contribution sur l'anatomie politisé du corps)*, Thèse de doctorat, Université de Heidelberg, Allemagne.
- Schneider, C. *et al.* (2008). « The role of a homoeopathic preparation compared with conventional therapy in the treatment of injuries : An observational cohort study », *Complementary Therapies in Medicine*, 16 : 22-27.
- Schwartz, D. (1986). « Peut-on évaluer les médecines douces ? *Sciences sociales et santé*, 2 : 75-88.
- Scott, A. (1998). « Homoeopathy as a feminist form of medicine », *Sociology of Health and Illness*, 20, 2 : 191-214.

- Scott, A. (2001). « The storyteller's paradox: homeopathy in the Borderlands », dans Cunningham-Burley, S., K., Backett-Milburn (ed), 2001, *Exploring the body*, London, Palgrave, 270 p.
- Séror, R. (2001). *Procès de madame Hahnemann, docteur en homéopathie. Question d'exercice illégal de la médecine*, extraits du sténographe du palais, recueil de documents judiciaires, publiés par m. H. Prévost en 1847, Paris. Baillière. homeoint.org
- Sevar, R. (2000). « Audit of outcome in 829 consecutive patients treated with homeopathic medicine », *British Homeopathic Journal*, 89 (4) : 178-187.
- Sévigny, O. (1998). *Les soins homéopathiques. Enjeux thérapeutiques et sociaux*, Québec, Éditions L'Harmattan.
- Shang, A. et K. Huwiler-Mùtner *et al.* (2005). « Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy », *The Lancet*, 366: 726-732.
- Sharma, U. (1995). *Complementary Medicine Today : Practitioners and Patients*, London, Routledge, 272 p.
- Sharma, U. (1996). « Using complementary therapies : A challenge to orthodox medicine ? », dans SJ., Williams, M., Calnan (ed), 1996, *Modern medicine : Lay perspectives and experiences*, London, Routledge, 288 p.
- Shaw, A. *et al.* (2006). « Expectations of patients and parents of children with asthma regarding access to complementary therapy information and services via the NHS : a qualitative study », *Health Expectations*, 9 : 343-358.
- Shealy, CN. *et al.* (1998). « Osteoarthritis Pain : A comparison of Homeopathy and Acetaminophen », *American Journal of Pain Management*, 8 (3) : 89-91.
- Shmueli, A. et J. Shual (2006). « Are users of Complementary and Alternative Medicine sicker than non-users ? », *eCAM*, 4 (2) : 251-255.
- Shortt, SED. (1983) « Physicians, Science and Status : Issues in the Professionalization of Anglo-American Medicine in the Nineteenth Century », *Medical History*, vol 27, no 1, pp. 53-68.
- Shual, JT. (2001). « Collaborative relationships of alternative practitioners and physicians in Israel : An exploratory study », *Complementary Health Practice Review*, 7 (2) : 111-125.

- Shuval, JT. *et al.* (2002). « Entering the well-guarded fortress : alternative practitioners in hospital settings », *Social Science and Medicine*, 55 : 1745-1755.
- Shuval, JT. et N. Mizrachi (2004). « Changing boundaries : Modes of coexistence of alternative and biomedicine », *Qualitative Health Research*, 14 (5) : 675-690.
- Siahpush, M. (1998). « Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies », *Journal of Sociology*, 34 (1) : 58-70.
- Siahpush, M. (1999). « A critical review of the sociology of alternative medicine : research on users, practitioners and the orthodoxy », *Health*, 4 (2) : 159-178.
- Siegrist, J. (2003). « The social causation of health and illness », dans Albrecht G. L., Fitzpatrick R. et Scrimshaw S. C. (dir) (2003). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage Publications, pp. 100-114.
- Sirois, FM. et ML. Gick (2002). « An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients », *Social Science and Medicine*, 55 : 1025-1037.
- Slade, K. *et al.* (2004). « Evaluation of a GP practice based homeopathy service », *Homeopathy*, 93 (2) : 67-70.
- Smallwood, C. (2005). *The role of complementary and alternative medicine in the NHS : The Smallwood report commissioned by HRH The Prince of Wales*, UK, Freshminds, www.freshminds.co.uk/
- Smith, CA. (2003). « Homoeopathy for induction of labour », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 4. Art. no. :CD003399. DOI : 10.1002/14651858
- Smith RC. et RB. Hoppe (1991). « The patient's story : integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing », *Ann Intern Med*, 115 : 470-477.
- Sointu, E. (2006). « Recognition and the creation of wellbeing », *Sociology*, 40 (3) : 493-510.
- Spence, DS. *et al.* (2005). « Homeopathic treatment for chronic disease : a 6-year University-hospital outpatient observational study », *The Journal of alternative and complementary medicine*, 11 (5) : 793-798.
- Spiegel, D. *et al.* (1998). « Complementary Medicine », *Western Journal of Medicine*, 168 : 241-247.

- Squier, HA. (1995). « Women in nineteenth century homeopathic medicine », *The Journal of Medical Humanities*, 16 (2) : 121-131.
- Stacey, J. (1997). *Teratologies : A cultural study of cancer*, London, Routledge, 290 p.
- Steinsbekk, A. (2005). « Assessments of the effectiveness of homeopathic care in Norway: A prospective observational multicentre outcome study », *Homeopathy*, vol. 94, issue 1, January: 10-16.
- Steinsbekk, A. (2005). *Homeopathy in the prevention of upper respiratory tract infections in children*, Doctoral thesis, Program of Clinical Medicine, Faculty of medicine, Trondheim, Norwegian University of Science and Technology, Norway, 64 p.
- Steinsbekk, A. et V. Fonnebo (2003). « Users of homeopathy in Norway in 1998, compared to previous users and GP patients », *Homeopathy*, 92 (1) : 3-10.
- Steinsbekk, A. et L. Launso (2005). « Empowering the cancer patient or controlling the tumor ? A qualitative study of how cancer patients experience consultations with complementary and alternative medicine practitioners and physicians, respectively », *Integrative Cancer Therapies*, 4 (2) : 195-200.
- Steinsbekk, A. et al. (2006). « Why do parents take their children to homeopaths ? – An exploratory qualitative study », *Forsch Komplementärmed*, 13 : 88-93.
- Steinsbekk, A. et al. (2007). « The profile of adults who consult alternative health practitioners and/or general practitioners », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25 : 86-92.
- Stevenson, FA. et al. (2003). « Self-treatment and its discussion in medical consultations : how is medical pluralism managed in practice ? », *Social Science and Medicine*, 57 : 513-527.
- Stewart, MA. et DL. Roter (1989). « Introduction », dans Stewart, MA. et DL. Roter (ed) (1989). *Communicating with medical patients*, London, Sage Publications.
- Stewart, M. et al. (1995). *Patient-centred medicine : transforming the clinical method*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Stollberg, G. (2001). *Medizinsoziologie*, Bielefeld : transcript.
- Stollberg, G. (2002). « Patients and homeopathy : an overview of sociological literature », dans M., Dinges (ed), 2002, *Patients in the history of homeopathy*,

- European Association for the History of Medicine and Health Publications, Sheffield, 433 p.
- Stoppard, JM. (2000). *Understanding depression. Feminist social constructionist approaches*, London, Routledge, 239 p.
- Stumpf, SH. *et al.* (2007). « Divining integrative medicine », *eCAM*, doi.10.1093/ecam/nem104
- Suter, E. *et al.* (2007). « Inquiring minds. Women's approaches to evaluating complementary and alternative therapies for menopausal symptoms », *Canadian Family Physician*, 53 : 84-90.
- Swayne, JM. (1989). « Survey of the use of homeopathic medicine in the UK health system », *J R Coll Gen Pract*, 329 (6) : 503-506.
- Swayne, JM. (1992). « The cost, effectiveness of homeopathy. A pilot study, proposals for future research », *British Homeopathic Journal*, 81 : 148-150.
- Swayne, JM. (2008). « Truth, proof and evidence. Homeopathy and the medical paradigm », *Homeopathy*, 97 : 89-95.
- Sweeney, KG. *et al.* (1998). « Personal significance : the third dimension », *Lancet*, 351 : 134-136.
- Syndicat national de la pharmacie (SNPH), Syndicat national des médecins homéopathes français et Syndicat de la médecine homéopathique (1995). *L'homéopathie en 1995 : une réalité sociale, médicale, scientifique et économique*, Paris.
- Taillefer, A. *et al.* (2004). *Une politique d'éthique sur la recherche en homéopathie : Oser penser autrement. Volume 1*, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ- CSN), Montréal, 75 p.
- Taillefer, A. *et al.* (2004b). *Une politique d'éthique sur la recherche en homéopathie : Oser penser autrement. Volume 2 : État des travaux de recherche en homéopathie jusqu'à nos jours*, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (SPHQ- CSN), Montréal, 75 p.
- Taillefer, A. (2007). *Médecine alternative, médecine douce... Comment la nommer ? Le dilemme de la terminologie*, Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, (SPHQ- CSN), Montréal. www.sphq.org

- Taillefer, A. et D. Fournier (2009). "Intégration ou subordination? Le cas singulier de la médecine homéopathique au Québec", dans J-C Magny *et al.*, *Pour une approche intégrée en santé. Vers un nouveau paradigme*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, Collection Santé et Société, pp. 83-122. ISBN 978-2-7605-1589-5
- Taylor, MA. *et al.* (2000). « Randomised controlled trial of homeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trials series », *British Medical Journal*, 321 : 471-476.
- Taylor, D. et M. Bury (2007). « Chronic illness, expert patients and care transition », *Sociology of Health and Illness*, 29 (1) : 27-45.
- Taylor Kirschmann, A. (2004). *A vital force : women in American homeopathy*, London, Rutgers University Press, 230 p.
- Testerman, JK. *et al.* (2004). « Patient motivations for using complementary and alternative medicine », *Complementary Health Practice Review*, 9 : 81-92.
- The Lancet (2005), « The end of homoeopathy, editorial », *The Lancet*, 366 (9487) : 690.
- Thompson, EA. et D. Reilly (2003). « The homeopathic approach to the treatment of symptoms of oestrogen withdrawal in breast cancer patients. A prospective observational study », *Homeopathy*, 92 (3) : 131-134.
- Thompson T. (2004). « Can the caged bird sing ? Reflexions on the application of qualitative research methods to case study design in homeopathic medicine », *BMC Medical Research Methodology*, 4 : 4 -13.
- Thompson, EA. *et al.* (2007). « Setting standards in homeopathic practice : A pre-audit exploring motivation and expectation for patients attending the Bristol Homeopathic Hospital », *Homeopathy*, 96 : 243-246.
- Thompson, CJ. (2003). « Natural health discourses and the therapeutic production of consumer resistance », *The Sociological Quarterly*, 44 (1) : 81-107.
- Thompson, TDB. et M. Weiss (2006). « Homeopathy – what are the active ingredients ? An exploratory study using the UK Medical Research Council's framework for the evaluation of complex interventions », *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 6 : 37-53.

- Thorne, SE. (1999). « The science of meaning in chronic illness », *International Journal of Nursing Studies*, 36 : 397-404.
- Thorne, SE. *et al.* (2002). « Complementary/alternative medicine in chronic illness as informed self-care decision making », *International Journal of Nursing Studies*, 39 (7) : 671-683.
- Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act and other essays*, Boulder, Westview, 232 p.
- Tilmans-Cabiaux, C. (1998a). « Reconnaissance scientifique et cohérence de la pensée médicale : Bichat, Bernard, Magendie, Hahnemann », *Revue des Questions Scientifiques*, 169 (2-3) : 251-286.
- Tilmans-Cabiaux, C. (1998b). « Inépuisable Hippocrate lu et relu par l'homéopathie », *Espace Philosophique. Cahiers Esphi*, 34 : 1-20.
- Tonelli, MR. et TC. Callahan (2001). « Why alternative medicine cannot be evidence-based », *Academic Medicine*, 76 (12) : 1213-1220.
- Tovey, P. *et al.* (2007). *Traditional, Complementary and Alternative Medicine and cancer care*, London, Routledge, 179 p.
- Tovey, P. et J. Adams (1999). « Thinking sociologically about complementary medicine », *Complementary Therapies in Medicine*, 7 : 113-115.
- Tovey, P. (2001). « On use and purpose in the sociology of CAM », *Complementary Therapies in Medicine*, 9 : 134-135.
- Tovey, P. et A. Broom (2007). « Oncologists' and specialist cancer nurses' approaches to complementary and alternative medicine and their impact on patient action », *Social Science and Medicine*, 64 : 2550-2564.
- Tovey, P. *et al.* (dir) (2004). *The mainstream of complementary and alternative medicine : Studies in social context*, London, Routledge, 180 p.
- Tremblay, G. (1993). *Analyse de l'enquête de satisfaction de la clientèle en homéopathie*, rapport de stage en psychosociologie de la communication, Université du Québec à Montréal.
- Treuherz, F. (1995). *Homoeopathy in the Irish potato famine*, London, Samuel Press, 138 p.

- Treuherz, F. (2000). « Homeopathy in general practice : a descriptive report of work with 500 consecutive patients », *British Homoeopathic Journal*, 89 (1) : 43.
- Trichard, M. *et al.* (1994). « Pharmacoeconomic comparison between homeopathic and antibiotic treatment strategies in recurrent acute rhinopharyngitis in children », *Homeopathy*, 94 (1) : 3-9.
- Trichard, M. *et al.* (2003). « Study of the practice of homeopathic general practitioners in France », *Homeopathy*, 92 (3) : 135-139.
- Trichard M, *et al.* (2003b) « Pharmacoeconomic comparison between two drug stratégies of treatment of anxiety disorders: homeopathy and psychotropics », *Value in Health* 6 (3) : 350-351
- Turner, B. (1995). *Medical power and social knowledge*, 2nd edition, London, Sage Publications.
- Turner, B. (2003). « The history of the changing concepts of health and illness : outline of a general model of illness categories », dans Gary Albrecht *et al.* (dir). *The handbook of social studies in health and medicine*, London, Sage Publications, 545 p.
- Turner, EH. *et al.* (2008). « Selective publication of Antidepressant trials and its influence on apparent efficacy », *New England Journal of Medicine*, 358 (3) : 252-260.
- Turner, S. (2001). « What is the problem with experts ? », *Social studies of Science*, Vol.31, no. 1, 123-149.
- Ullman, D. (2006). « Conference report : Improving the success of homeopathy 5 : A global perspective; London, january 26-27, 2006, Royal London Homoeopathic Hospital », *Homeopathy*, 95 : 190-193.
- Unbekandt, J. (1986). *Réflexions sur la nature du vivant à travers une approche phénoménologique de l'homéopathie*, Thèse de doctorat, Université de Strasbourg.
- University of Westminster, (2008) <http://www.wmin.ac.uk/sih/>
- UPNH (Union Professionnelle Nationale Homéopathique) (2001). *Survey 2001 : An observational study of patients receiving homeopathic treatment*, Bruxelles, Union Professionnelle Nationale Homéopathique, site internet : www.priority-research.com

- Union Professionnelle Homéopathique Belge (UPHB) (2006). *Cadre Scientifique de la Médecine Générale Belge*, Unio Homeopathica Belgica, courriel: president@homeopathy.be, UP\BV : ABR/7385/26/1988
- Vainchtock A, *et al.* (2002). « Descriptive and comparative study of patient-management by homeopathic GPs versus allopathic GPs », *Value in Health* 5 (6) : 468.
- Van Haselen, RA. (2003). « International Conference : Bridging the credibility gap; London, 3-4 april 2003 », *Homeopathy*, 92 : 171-173.
- Van Haselen, RA. *et al.* (2004). « Providing complementary and alternative medicine in primary care : the primary care worker's perspective », *Complementary Therapies in Medicine*, 12 (1) : 6-16.
- Van Wassenhoven, M. (1999). *Méta-analyse des travaux récents en clinique homéopathique*, site web : www.entretiens-internationaux.mc/français.htm
- Van Wassenhoven M. et G. Yves (2004). « An observational study of patients receiving homeopathic treatment », *Homeopathy*, 93 (1) : 3-11.
- Van Wassenhoven, M. (2005). *Nouveaux concepts et Paradigmes Scientifiques*, Conférence prononcée au congrès international des Entretiens de Monaco, site web : www.entretiens-internationaux.mc/français.htm
- Van Wassenhoven, M. (2005b). « Priorities and methods for developing the evidence profile of homeopathy. Recommendations of the ECH General Assembly and XVIII Symposium of GIRI », *Homeopathy*, 94 : 107-124.
- Veal, L. (2004). « Countering misleading information », *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10 : 54-57.
- Verhoef, MJ. *et al.* (2002). « Assessing efficacy of Complementary Medicine : Adding Qualitative Research Methods to the 'Gold Standard' », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8 (3) : 275-281.
- Verhoef, M. *et al.* (2004). « Whole systems research : Moving forward », *Focus Altern Complement Ther*, 9 : 87-90.
- Verhoef, MJ. *et al.* (2005). « Complementary and alternative medicine whole systems research : Beyond identification of inadequacies of the RCT », *Complementary Therapies in Medicine*, 13 : 206-212.

- Verhoef, MJ. *et al.* (2006). « A Whole Systems Research Approach to cancer care : Why do we need it and how do we get started ? », *Integrated Cancer Therapies*, 5 (4) : 287-292.
- Vickers, MR. *et al.* (2007). « Main morbidities recorded in the women's international study of long duration oestrogen after menopause (WISDOM) : a randomised controlled trial of hormone replacement therapy in postmenopausal women », *BMJ*, 335 : 239-251.
- Viksveen, P. et A. Steinsbekk (2005). « Changes in patients visiting a homeopathic clinic in Norway from 1994 to 2004 », *Homeopathy*, 94 : 222-228.
- Villedieu, Y. (2002). *Un jour la santé.*, Boréal, Montréal, 316 p.
- Vincent, C. et A. Furnham (1994). « The perceived efficacy of complementary and orthodox medicine : primary findings and the development of a questionnaire », *Complementary Therapies in Medicine*, 2 : 128-134.
- Vincent, C. et A. Furnham (1996). « Why do patients turn to complementary medicine ? An empirical study », *British Journal of Clinical Psychiatry*, 35 : 37-48.
- Vincent, C. et A. Furnham (1997). *Complementary Medicine : A research perspective*, Chichester, John Wiley & Sons, 312 p.
- Vithoulkas, G. (1984). *La science de l'homéopathie*, Monaco, Éditions du Rocher, 256 p.
- Vuille, M. *et al.* (2006). « La santé est politique », *Nouvelles Questions Féministes*, vol 25, no. 2 : 4-15.
- Walach, H., W. Hauesler *et al.* (1997). « Classical homeopathic treatment of chronic headaches », *Cephalagia*, 17 (2) : 119-126.
- Walach, H. (2001). « The efficacy paradox in randomized controlled trials of CAM and elsewhere : beware of the placebo trap », *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7 (3) : 213-218.
- Walach, HW., B. Jonas *et al.* (2005). « Research on homeopathy: state of the art », *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 11, no. 5, pp. 813-829.

- Walach, H. *et al.* (2006). « Circular instead of hierarchical : methodological principles for the evaluation of complex interventions », *BMC Medical Research Methodology*, 6 : 29.
- Wallis, R. et P. Morley (eds). (1976). *Marginal medicine*, London, Peter Owen.
- Wanless, J. (1864). *Letters discussing Homeopathy*, Montréal, Drysdale.
- Ward, A. (1995). *Report on a Homeopathy Project in an NHS Practice*, The Society of Homeopaths, Northampton.
- Ware, N. (1992). « Suffering and the social construction of illness : The delegitimation of illness experience in chronic fatigue syndrome », *Medical Anthropology Quarterly*, 6 (4) : 347-361.
- Watson, J. et S. Platt (dir). (2000). *Researching health promotion*, London, Routledge, 279, p.
- Weatherly-Jones, E. *et al.* (2004). « A randomised, controlled, triple-blind trial of the efficacy of homeopathic treatment for chronic fatigue syndrome », *J Psychosomatic Res*, 56 : 189-197.
- Weatherly-Jones, E. *et al.* (2004b). « The placebo-controlled trial as a test of complementary and alternative medicine : observations from research experience of individualised homeopathic treatment », *Homeopathy*, 93 : 186-189.
- Weber, M. (1922). *The sociology of religion*, Boston, E. Fischhoff, trans. Boston : Beacon.
- Weber, M. (1965). *Essai sur la théorie de la science*, Paris, Librairie Plon, 539 pages.
- Wellman, B. (1995). « Lay referral networks : Using conventional medicine and alternative therapies for low back pain », *Research in the Sociology of Health Care*, 12 : 213-238.
- Wellman, B. *et al.* (2001). « Older adult's use of medical and alternative care », *Journal of Applied Gerontology*, 20 (1) : 3-23.
- Welsh, S. *et al.* (2004). « Moving forward ? Complementary and alternative practitioners seeking self-regulation », *Sociology of Health and Illness*, vol 26 (2) : 216-241.

- Wetzel, MS. *et al.* (1998). « Courses involving Complementary and Alternative Medicine at US medical schools », *JAMA*, 280 (9) : 784-787.
- White, A. (2001). « Consumer involvement in CAM research », *Complementary Therapies in Medicine*, 9 : 205-206.
- White, PJ (2003). « Attitude and outcome : Is there a link in complementary medicine ? », *American Journal of Public Health*, 93 (7) : 1038.
- Whitmarsh, TE. (2003). « Homeopathy in multiple sclerosis », *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, vol. 9, issue 1: 5-9.
- Wiles, J. et MW. Rosenberg (2001). « 'Gentle caring experience' : Seeking alternative care in Canada », *Health and Place*, 7 : 209-224.
- Williams, G. (1984). « The genesis of chronic illness : narrative reconstruction », *Sociology of Health and Illness*, 6, 175-200.
- Williams, G. (2006). « Suffering sociologists and the Sociology of Suffering », *Medical Sociology*, 1 : 39-41.
- Williams, G. et J. Popay (2006). « Lay knowledge and the privilege of experience », dans Kelleher, D., J. Gabe et G. Williams (ed) (2006). *Challenging medicine*, 2nd ed, London, Routledge, pp. 122-145.
- Williams, SJ. (2000). « Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness ? Reflections on a core concept », *Sociology of Health and Illness*, 22 (1) : 40-67.
- Williams, SJ. (2006). « Medical sociology and the biological body », *Health : An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10 (1) : 5-30.
- Willis, E. (2003). « The politics of evidence and the evidence for CAM., *Healthcare Papers*, 3(5) : 37-42.
- Willison, KD. (2007). « Assessing chronic disease management strategies through community based participatory research », *Journal of Chinese Clinical Medicine*, 21 (6) : 336-340.
- Willison, KD. *et al.* (2005). « Integrating complementary and alternative medicine with primary health care through Public Health to improve chronic disease management », *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 2 (1), 23 p.

- Winston, J. (1998). « Influenza – 1918 : Homeopathy to the rescue », *The New England Journal of Homeopathy*, 7 (1).
- Winston, J. (1999). *The faces of homoeopathy. An illustrated history of the first 200 years*, New Zealand, Great Auk Publishing, 633 p.
- Winston, J. (2006). « Efficacy of Homeopathics in Worldwide Epidemics », *Irish Homeopaths*, site Internet : www.irishhomeopaths.com
- Witt, CM. *et al.* (2005). « Outcome and costs of homeopathic and conventional treatment strategies: A comparative cohort study in patients with chronic disorders », *Complementary therapies in Medicine*, 13: 79-86.
- Witt, CM. *et al.* (2005b). « Homeopathic medical practice : Long-term results of a cohort study with 3981 patients », *BMC Public Health*, 5 : 115-122.
- Witt, CM. *et al.* (2005c). « Effect size in patients treated by homeopathy differ according to diagnosis – Results of an observational study », *Perfusion*, 18 : 356-360.
- Wolsko, PM. *et al.* (2002). « Insurance coverage, medical conditions, and visits to alternative medicine providers : Results of a national survey », *Archives of Internal Medicine*, 162 : 281-287.
- Worth, C. et J. Richardson (1995). « Complementary therapies – a real alternative ? », *British Journal of Healthcare Management*, 1(10) : 494-496.
- Yakir, M. *et al.* (2001). « Effects of homeopathic treatment in women with premenstrual syndrome : a pilot study », *Br Homeopath J.*, 90 (3) : 148-153.
- York University Center for Health Studies (1999). *Complementary and Alternative Health Practices and Therapies – A canadian overview*, Toronto, Ontario, 333p.
- Zhang, X. (2000). « Integration of Traditional and Complementary Medicine into National Health Care Systems », *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 23 (2) : 139-140.
- Zola, I., 1966, « Culture and symptoms. An analysis of patients' presenting complaints », *American Sociological Review*, vol 31 : 615-630; traduit dans C., Herzlich, 1969, *Médecine, maladie et société*, Paris-La Haye, Mouton.

- Zola, I. (1981). « Medicine as an institution of social control », dans P., Conrad et R., Kern (eds), *The sociology of healyh and illness : Critical perspectives*, New York, Saint-Martin Press, 560 p.
- Zollman, C. et A. Vickers (1999). « ABC of complementary medicine : What is complementary medicine ? », *BMJ*, 319 : 693-696.
- Zone libre enquêtes*. 17 et 24 novembre 2006. Reportage. Journaliste Luc Chartrand
Réalisateur par Germain Thibault. Montréal, Radio-Canada.
- Zuess, J. (2003). « An integrative approach to depression : Part 1 – Etiology », *Complementary Health Practice Review*, 8 (1) : 9-24.